Rok XXXVIII. Kraków, 18 Lutego 1899. Nr. 7.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 18 Lutego 1899. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O stosunku zakładów położniczych i położnika do gospodarstwa krajowego z uwzględnieniem naszego kraju.

Podał
Prof. Dr. Mars.

(Wykład wstępny przy otwarciu kliniki położniczo-ginekologicznej lwowskiej w dniu 25 stycznia 1899).

Panowie!

Powszechnie przyjęty jest zwyczaj, że wstępny wykład profesora gromadzi nietylko uczniów zapisanych, ale i tych, którzy nowego profesora poznać, albo swą obecnością uroczystą chwilę uświetnić pragną. Zwyczaj to powiem słuszny, bo jak prace naukowe dają dostatnią miarę męża nauki i szeregują go w hierarchii świata naukowego, tak żywe słowo z katedry posłyszane może dać miarę, jakim ten mąż nauki jest nauczycielem, a przecież nauczanie, to pierwszy i najważniejszy obowiązek profesora. Liczę się z tem i dlatego wyznać muszę, że ze wzruszeniem staję dzisiaj przed Panami, a to tem więcej, że wykładając lat kilkanaście, widywałem przed sobą zazwyczaj uczniów, dziś zaś widzę wysokich dostojników kraju, mężów zasłużonych na katedrach, mistrzów żywego słowa, poważnych zawodowych kolegów. Czuję na sobie wzrok tych wszystkich, przejęty jestem ważnością i uroczystością chwili, nie bez trudu zatem zdobywać się muszę na słowa, aby niemi tłoczące się myśli wyrazić.

Przedewszystkiem dziękuję wszystkim, którzy w dzisiejszym dniu na pierwszą moją lekcyę przybyć i obecnością swoją uświetnić ją raczyli.

Zanim przystąpię do właściwego przedmiotu dzisiejszego wykładu, należy mi bodaj kilkoma słowy zaznaczyć doniosłość chwili i określić moje cele.

Z początkiem bieżącego roku szkolnego otwarty został piąty rok studyów lekarskich na wszechnicy lwowskiej. Z otwarciem kliniki okulistycznej i położniczo-ginekologicznej wielkie dzieło cywilizacyjne zostało ukończone, w jego podstawach ugruntowane. Wydział lekarski lwowski stanowi całość i niebawem zaczną wychodzić z tej szkoły na kraj lekarze. Dzisiaj brakuje tylko jeszcze katedr pomocniczych, któreby mogły temu wielkiemu dziełu dodać cechy zupełności, odpowiadającej wymaganiom dzisiejszej nauki.

Dzieje każdego narodu zapisują skrzętnie powstanie uniwersytetu, zaliczając te chwile do najważniejszych momentów historycznych. Historya cywilizacyi zaznaczy moment uzupełnienia wszechnicy lwowskiej niewątpliwie, a w historyi cesarstwa rakuzkiego jaśnieć będzie ten moment jako jedna z wielu ozdób rządów miłościwie nam panującego Najjaśniejszego Pana.

Uzupełnienie to wszechnicy lwowskiej dla nas i w naszych warunkach ma dwakroć większe, niż gdzieindziej, znaczenie i dlatego też historya cywilizacyi w Polsce zaznaczyć musi powstanie tego wielkiego dzieła wybitnie. Obok mężów zasłużonych w historyi, obok imion takich, jak Konarskiego, Kołłątaja i Czackiego, jaśnieć będą po wszystkie czasy imiona tych, którzy myśl w słowa, a słowa w czyn zamienili i wielkie dzieło do życia powołali. Niechże mi zatem wolno będzie, jako kierownikowi jednej ze szkół, które to wielkie dzieło składają, wypowiedzieć dzisiaj hołd wszystkim, którzy się do stworzenia tego dzieła przyczynili, a zatem najpierw najmiłościwiej nam panującemu Najjaśniejszemu Panu, tym mężom, którzy pierwsze myśli rzucili, i tym, którzy je w czyn zamienili, Najwyższym Władzom rządowym i krajowym, i Wam, Szanowni Koledzy, którzyście życie i ruch w tych nowych ogniskach nauki rozniecili.

Sądzę, że przedstawiać się Panom nie potrzebuję, bo pracowałem zawodowo w kraju lat dwadzieścia kilka, więc mnie Panowie znać muszą. Jestem uczniem szkoły krakowskiej, uczniem nieodżałowanej pamięci prof. Madurowicza. Przyjąłem powołanie na katedrę położnictwa i ginekologii lwowską, aby módz pracować w lepszych warunkach klinicznych na szerszem polu działania. Stając dziś przed Panami nie przynoszę ze sobą rozgłośnego imienia, nie dodaję okrasy wszechnicy, która rozgłośnych imion posiada poddostatkiem, ale przynoszę Panom przez lat dwadzieścia kilka wypróbowaną wytrwałość w pracy, tę samą, która mnie po latach na tę katedrę wprowadziła. Zapału do nauki i siły czuję w sobie nadto, aby sprostać wziętym na siebie obowiązkom. Jako dewizę w życiu wziąłem sobie słowa Cicerona z księgi o obowiązkach: *virtutis laus omnis in actione consistit.* Pod tą dewizą pracować chcę z Panami dla Panów, przez Panów dla kraju, przez katedrę dla nauki. Aby jednak zadaniom tym zadość uczynić, potrzebuję koniecznie pomocy, bo zadanie moje wielkie, pole do pracy szerokie, a postęp nauki zbyt skory, osamotniony radybym sobie dać nie mógł, dlatego zwracam się niniejszem do wszystkich, których pomocy pragnę i proszę o poparcie przedewszystkiem Wysokiego Rządu, Wysokich Władz krajowych, Kolegów uniwersyteckich i zawodowych, Kolegów, którzy ze mną w tym zakładzie pracować będą, i Was, Panowie Słuchacze, których uczyć pragnę.

Przechodzę do właściwego przedmiotu dzisiejszej lekcyi.

Ośm półroczy spędziliście Panowie na studyach lekarskich. Zapoznaliście się z naukami ścisłemi, przedmiotami teoretycznymi, które Was do nauki przedmiotów praktycznych przygotowały. Z przedmiotów praktycznych słuchaliście wykładów na klinikach chorób wewnętrznych, chirurgicznych

i skórnych, widzieliście osoby cierpiące na najrozmaitsze choroby, widzieliście całe szeregi jednostek chorych i nauczyliście się je leczyć i ratować. Leczenie i ratowanie jednostek, to działalność szczytna, wynik chrześcijańsko-humanitarnej idei, która wyróżnia człowieka od świata zwierzęcego i dąży do utrzymania istnienia jednostki.

Wstępujecie Panowie na klinikę położniczo-ginekologiczną; i tu znajdziecie chore jednostki, i tu będziecie mieli sposobność do kształcenia się w zadośćuczynieniu tej samej idei, ale prócz tego znajdziecie Panowie jeszcze coś więcej. Znajdziecie osoby zdrowe ciężarne, rodzące i położnice, a między ginekologicznemi choremi znajdziecie np. osoby, które będą szukały rady i pomocy z przyczyny niepłodności. Obecność tych przypadków nadaje naszej klinice odmienną cechę i wyróżnia ją z pomiędzy wszystkich innych klinik. Różnicę określić i widzieć łatwo; podczas gdy na innych klinikach działalność dążyła do utrzymania jednostki, my będziemy prócz tego dążyć do podtrzymania i ratowania gatunku. Dziać się to będzie na obu naszych klinikach, tak dobrze na klinice chorób kobiecych, jako też i na klinice położniczej.

Na klinice chorób kobiecych będzie nam chodziło nietylko o leczenie narządu płciowego kobiecego, nietylko o utrzymanie zdrowia i życia kobiety jako jednostki, ale zarazem o to, aby ochronić, uratować lub przywrócić zdolności rozrodcze tej jednostki.

Jeszcze wyraźniej zobaczycie Panowie tę dążność na klinice położniczej, gdzie będzie szło nietylko o ratowanie zagrożonych rodzących i niesienie pomocy nie mogącym urodzić, ale będzie nam szło o to, aby pod naszą opieką brzemienność prawidłowo przebiegała, aby osoby, rodzące prawidłowo, uchronić od mogących im grozić niebezpieczeństw, aby zawczasu możliwe złe usunąć, aby położnice po prawidłowym, naturalnym porodzie mogły powrócić do warunków fizyologicznych z zachowaniem nietylko sił i zdrowia jednostki, ale wraz z dalszą zdolnością płodzenia; aby niemowlęta urodzone nietylko zachowały zdolność do życia, ale aby miały warunki do jak najbujniejszego rozwoju.

Zdaje mi się, że słów tych kilka wystarcza, aby Panom zaznaczyć ogromną różnicę, jaka zachodzi pomiędzy klinikami, któreście poznali, a tą, którą właśnie poznać macie.

Jeżeli się teraz nad tą różnicą zastanowimy, to mimowoli nasuwa się nam uwaga, że wobec społeczeństwa, wobec kraju, wobec gospodarki krajowej, ginekologia w ogólności, w szerszem tego słowa znaczeniu, a położnictwo w szczególności ma odrębną, powiem wyjątkową, doniosłość. Aby to Panom wykazać, muszę się zwrócić na inne pole, t. j do sprawy gospodarstwa krajowego.

Niewątpliwem jest, że o bogactwie danego kraju decyduje ilość wyprodukowanej pracy. Im ludność silniejsza, zdrowsza, zdolniejsza do pracy, tem większą będzie jej wydatność, czyli bogatszym będzie ten kraj, który będzie posiadał ludność silniejszą, zdrowszą, zdolniejszą do pracy.

Na rozwój ludności pod względem fizycznym wpływa bardzo wiele czynników, i to jedne dodatnio, drugie ujemnie. W krajach dobrze uorganizowanych i dobrze gospodarowanych, władze, czy to rządowe, czy też krajowe, znają te czynniki bardzo dobrze i troszczą się o nie. Starają się rozwijać dobrobyt, umoralnienie, podnosić poziom ogólnego wykształcenia, zaprowadzają różne urządzenia sanitarne, stłumiają epidemie i t. d. i t. d.

Pomiędzy czynnikami, mającymi wpływ na fizyczny rozwój ludności, jednym z najważniejszych jest niewątpliwie sprawa rozrodcza; jej przebieg odbija się już to na kobietach, już też na noworodkach, których pierwsze dni decydują częstokroć o przyszłym rozwoju i sile osobników. O ile ta sprawa jest ważną i doniosłą, o tyle dla władz rządowych i krajowych jest ona niedostępną, gdyż kryje się w zaciszach domowych, w ramach pożycia małżeńskiego. Dlatego też na tę sprawę władze bezpośrednio wpływu wywierać nie mogą, nie mogą wydawać bezpośrednich zarządzeń, któreby ją regulować mogły.

Do zacisza domowego, do kwestyi pożycia małżeńskiego mogą się dostawać tylko osoby prywatne, a temi są lekarze, akuszerki, osoby niosące doraźną pomoc moralną i materyalną, czyli duchowieństwo i dobroczynność. Tylko za pośrednictwem tych prywatnych czynników może władza działać na sprawy rozrodcze w kraju, a o ile ta droga jest niedostępna, o tyle wymaga większych ofiar i większego starania.

W długich latach mej zawodowej działalności przemyśliwałem nad temi sprawami wielokrotnie, przypatrywałem się ogólnym stosunkom zdrowotnym w naszym kraju i porównywałem z tem, co widziałem za granicą. Przedewszystkiem zaznaczyć muszę, iż, jak daleko mogę zasięgnąć pamięcią, pod względem sanitarnym w kraju naszym robi się bardzo wiele, aczkolwiek wiele do zrobienia pozostaje. Gdziekolwiek się myślą zwrócę, zaznaczyć muszę postęp bardzo znaczny. Aby to wykazać, dość porównać działalność władz sanitarnych w czasie cholery w roku 1873, a w czasie cholery ostatniej, przypomnieć sobie, jak wyglądały przed 20 laty nasze szpitale w kraju, a jak wyglądają dzisiaj, jakie znaczenie i wpływ mieli lekarze powiatowi dawniej a dzisiaj, jakie znaczenie dla kraju ma instytucya lekarzy okręgowych i gminnych i t. d. Za długo musiałbym wyliczać i byłoby to zbyteczne, bo o tem Panowie wiedzą dobrze, widzicie to sami i świadczą o tem zestawienia statystyczne. Są to wszystko sprawy łatwo dostępne, a przy dobrych chęciach władz decydujących poprawa stosunków i postęp widoczny i wydatny.

Inaczej rzecz się ma ze sprawą rozrodczą w kraju, postępu takiego, jak w innych kierunkach, dopatrzeć trudno. Istnieje wprawdzie pod względem chorobliwości i śmiertelności w połogu w ostatnich dziesiątkach lat poprawa bardzo znaczna, która atoli polega na zmienionych prądach i poglądach w nauce. Odkąd rdzenne pojęcie czystości w postępowaniu około rodzących i położnic zostało powszechnie w nauce przyjęte, stosunki poprawiły się znacznie, — jak dotąd jednak daje się to u nas stwierdzić w większych miastach i wyższych sferach ludności, nie przeszło jednak jeszcze dostatecznie na kraj cały, nie objęło niższych sfer ludności.

Poza tem w innych kierunkach stosunki pozostały jak dawniej, postęp jest zbyt powolny, zbyt mało widoczny.

Aby wyrobić sobie obraz istniejących u nas stosunków i wykazać doniosłość zagadnień, dotyczących spraw rozrodczych w kraju, zwrócę uwagę Panów na niektóre okoliczności.

Kto zna naszą ludność wiejską w kraju, a prócz tego bywał w krajach innych i za granicą, musiał spostrzedz, jak

wielka zachodzi różnica między kobietami. Widzieć to można na większych zgromadzeniach, w których ogół pewnej ludności bierze udział, zatem w kościołach, na jarmarkach, dożynkach i t. d. Uderzającem przedewszystkiem jest, jak mało u nas widzi się młodych mężatek; albo widzimy młode dziewczęta, albo osoby mniej lub więcej zgrzybiałe; inaczej pod tym względem w innych krajach koronnych i za granicą.

Ileż to razy, bywając w wiosce rodzinnej, przekonałem się, że ta lub owa chorowito i staro wyglądająca kobiecina, to ta, którą niedawno widywałem, jako hożą, młodą dziewczynę. Ileż razy w szpitalu, zbierając wywiady, dziwiłem się, że tak młoda osoba tak staro wygląda i zwracałem na to uwagę młodszych kolegów. Mimowoli przychodziło mi na myśl, że chyba sobie lat ujmuje! Nie, Panowie, one tego sposobu nie znają, to na czem innem polega. Osoby te marnieją u nas w czasie życia płciowego i starzeją się przedwcześnie. Osoby te wychodzą za mąż, zachodzą w ciążę, pracują ciężko, często ronią i nie zwracają nawet uwagi na to, rodzą i wstając w kilka godzin po porodzie, wracają do zajęć codziennych, chorują i nie leczą się; oczywista, że wśród tego marnieć muszą. A ileż to jest okoliczności, które nawet poruszać trudno. Że tak jest, na dowód niech Panom posłuży istniejący prawie w całej Galicyi u ludu zwyczaj, iż po porodzie najbliższego ranka, zatem nieraz w kilka godzin albo tuż po porodzie, ojciec zabiera dziecko i z kumami idzie na chrzest do kościoła, bez względu na porę roku i pogodę. Do obowiązków zaś matki należy, aby tymczasem przygotowała dla kumów poczęstunek, zatem zwleka się z łóżka, robi porządki, bieli polepę, przystawia garnki z jedzeniem do ognia, poczem na nowo kładzie się do łóżka i oczekuje kumów, którzy się tymczasem po drodze w karczmie zabawiają. Zwyczajów takich w różnych okolicach kraju z pewnemi odmianami istnieje dosyć.

Pomoc przy porodach bywa u nas niedostateczna, stosunkowo bardzo wiele kobiet obchodzi się bez pomocy akuszerki, tylko babki i sąsiadki asystują przy porodach. W wielu razach dopiero gdy poród nie postępuje, trwa za długo, albo gdy występuje jakieś niebezpieczeństwo, zaczynają się najpierw różne próby, sadzanie rodzącej na kolanach, wieszanie u powały, wstrząsanie, gniecenie brzucha i wygniatanie. Gdy to nie pomaga, wzywają mężczyzn do pomocy, jeżeli rączka wypadnie, okręca się bat koło niej i ciągnie, dokąd się nie urwie. Ciekawa rzecz, że zupełnie tych samych sposobów używają dziś też ludy dzikie, niecywilizowane. A gdy to wszystko zawodzi, wówczas dopiero posyła się wreszcie po akuszerkę egzaminowaną.

Skutkiem braku należytej pomocy przy porodach naturalnem jest, że częściej u nas kobiety podpadają chorobom w połogu, częściej muszą występować krwotoki, po których następuje charłactwo, częściej spotykamy pewne cierpienia ginekologiczne.

Przetoki pęcherzowo-pochwowe, które po nieprawidłowych porodach występują, są u nas, w stosunku do innych krajów, prócz Rosyi, bardzo częste. Nasze wieśniaczki o żebranym chlebie idą daleko, aby się kalectwa swego pozbyć; widziałem je w tym stanie na klinikach w Lipsku, w Dreznie, we Wrocławiu i Wiedniu. Na wszystkich innych znanych mi klinikach należą do rzadkości, a na tych, które wymieniłem, a na których częściej się przetoki pęcherzowo-pochwowe widuje, znane są pod nazwą polskich przetok.

Po co szukać dowodu daleko; wczoraj odebrałem chore, leżące w połowie zakładu, na klinikę przeznaczonej, i otóż na 10 chorych ginekologicznych dostało mi się 3 osoby, obarczone przetokami pęcherzowo-pochwowemi — a 5 jeszcze pozostało w drugiej połowie zakładu. Czyż to nie wymowne?

Nie do uwierzenia istotnie, ile u nas kobiet wiejskich jest obarczonych wypadnięciem macicy. Lekarze, praktykujący na prowincyi, wiedzą to dobrze. Jest to plaga, której się kobiety boją; stało się prawie zwyczajem, że kobieta, czująca dolegliwości w podbrzuszu, zakłada sobie podpaskę, aby tym sposobem zapobiedz wypadnięciu macicy, a potem udaje się do apteki i żąda kropli „na podniesienie macicy“.

Osoby, chorujące dłuższy czas po porodzie, leżą u nas po wsiach często zupełnie bez opieki, stan ich zdrowia nie dochodzi do wiadomości lekarza, a tem mniej do wiadomości władz. Często nawet bywają choroby ukrywane, gdyż babki boją się, by nie były do odpowiedzialności pociągnięte, nie dopuszczają wezwania lekarza, a tem mniej nie donoszą władzom. Lud nauczył się uważać ciężkie choroby w połogu za nieszczęście, „dopust Boży“, podobnie jak zejście śmiertelne. Mąż, zapytany o żonę chorą, odpowiada ze stoicyzmem lakonicznie: „E! to po małem“. W tem wyrażeniu zawarte jest wszystko: nawet się nie pytajcie, bo to po porodzie, na to rady niema, będzie, jak Bóg da.

Naturalnem jest, że w podobnych warunkach kobiety u nas marnieją, starzeją się przedwcześnie, mniej produkują pracy, często stają się do niej niezdolne; na tem tracą gorzej doglądane gospodarstwa domowe, na tem traci kraj — ile? obliczyć trudno, ale że traci, to pewne.

Kobiety schorowane rodzą potomstwo lichsze, dzieci takich matek będą gorzej karmione, będą miały mniej sił żywotnych, mniej odporności, łatwo będą ulegać wpływom zewnętrznym, więcej ich zginie w niemowlęctwie.

Nasz żołnierz jest odważny i bitny, to rzecz znana, ale niech się Panowie przypatrzą nowozaciężnym rekrutom u nas, a w innych krajach koronnych lub za granicą. Jakie to wszystko u nas małe, drobne, szczupłe, jak na nich czapki i mundury wyglądają; — a przecież mundur jest tak robiony, że się powinien nadawać na przeciętnego rekruta.

Takich spostrzeżeń można robić wiele i niejednobym mógł jeszcze przytoczyć, ale tego zaniecham, bo to są spostrzeżenia, oparte na zebranych podmiotowych wrażeniach, których nie mogę poprzeć cyframi, gdyż w tych sprawach, które poruszyłem, zestawień statystycznych niema, albo są niedostępne. Wolę zatem zwrócić się do sprawy, którąbym mógł poprzeć cyframi i w tym celu przedstawię Panom porównanie Galicyi z sąsiedniemi Morawami. Do porównania użyję dat, które znalazłem w sprawozdaniach c. k. krajowej Rady zdrowia.

Mógłby mnie spotkać zarzut, że krajów tych porównywać nie można, albowiem na Morawach nie bywało wojen, panował spokój, wzrastała kultura ziemi, dobrobyt wysoko stojący i t. d. Otóż powiem, że to wszystko prawda, dlatego do porównania użyję takiej sprawy, która od tych czynników bardzo mało zależy, sprawy bezpośrednio nas obchodzącej, t. j. pomocy przy porodach, śmiertelności po porodach i chorobliwości w połogu. (Dok. nast.)

II. Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków.

Podał
Dr. Maksymilian Rutkowski.

(Ciąg dalszy).

Uwięzgnięcia, powstałego przez przerzucenie pętli ponad taśmę, opisanego przez Trevesa, ani uciśnięcia jelita przez krezkę, opisanego przez Schnitzlera, nie spostrzegaliśmy.

Uprzytomniwszy sobie znaczenie zapalenia otrzewnej w tej postaci niedrożności zrozumiemy łatwo, dlaczego zadzierzgnięcie spotykamy częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Podczas gdy skręt kiszki esowatej spostrzegaliśmy u 22 mężczyzn a 9 kobiet, skręt jelita biodrowego u 19 mężczyzn, a 5 kobiet, skręt kątnicy u 3 mężczyzn, a 2 kobiet, to zadzierzgnięcie przedstawia odwrotny stosunek, a mianowicie dotyczyło ono 10 kobiet, a 6 mężczyzn.

Zapalenie otrzewnej istniało już podczas operacyi w 7 przypadkach, a 5 razy istniała zgorzel jelita.

Pętle uwolniono 13 razy, jelito wycięto z powodu zgorzeli 3 razy (65, 71, 73), raz (71) z wynikiem pomyślnym.

W ogóle wyleczono chorych 7 t.j. 43·7%.

TABLICA V.

Wrzekome odprowadzenie przepukliny. *Repositio spuria herniae.* Przypadków 7.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
77*	F. B., l. 62.	4 dni	*Hern. ingu. interst.* Odprowadzenie mimowolne przy badaniu. Przypady nie następują. Ruchy jelit wybitne.	*Repositio spuria herniae incarc.*	*Lysis.*	W jamie brzusznej płyn ciemny, mętnawy.	*Repositio spuria herniae incarc.*	*Mors* w 10 godzin.	Sekcya: *Peritonitis septica.*
78*	Wojciech Zieliński, l. 36.	3 dni	Bóle. Wymioty kałowe. Wypukłość w okolicy kanału pachw. praw. Ruchy jelit wybitne.	*dtto*	*Lysis.*	Wydobyto pętlę 12 cm. długą, ciemno-czerwoną, lecz dobrze utrzymaną.	*dtto*	*Sanatus.*	
79*	Lejzor Beck, l. 42.	4 dni	Sińce w okolicy pachwinowej. Wymioty kałowe. Guz macalny powyżej więzu *Pouparta.*	*dtto*	*Resectio intestini. Enterorhaphia.*	Pętla w 3 miejscach naddarta.	*dtto*	*Mors* w 3 godziny.	Sekcya: *Peritonitis septica.*
80*	Józef Marchowka, l. 32.	8 dni	Wymioty kałowe. Moszno wciągnięte. Brzuch kulisty. Ruch jelit wybitny.	*dtto*	*Lysis.*	Przyczyną uwięzgnięcia była taśma w ścianie worka przepuklinow.	*dtto*	*Sanatus.*	
81*	Gołda Schindler, l. 52.	?	Objawy zapalenia otrzewnej.	*Repositio spuria herniae crural. dextr.*	*Lysis.*	?	*dtto*	*Mors* w 36 godzin.	
82	Abraham Goldschmid.	3 dni	Stan dobry. Wymioty częste. Bóle silne napadowe. Wzdęcie małe. Palec wprowadzony przez kanał pachwinowy wyczuwa wzdęcie miejscowe. Ruch jelit wybitny.	*Repositio spuria hern. ingu.*	*Lysis.*	Jelito cienkie uwięzgnięte, zaczerwienione. Powyżej jelito rozdęte.	*dtto*	*Sanatus* w 3 tygodnie.	
83	Jakób Szczepański, l. 28.	2 dni	Stan dobry. Wymioty częste. Bóle silne. Wzdęcie mierne. Palcem wprowadzonym przez kanał pachwinowy daje się wyczuć wzdęcie miejscowe. Ruch jelit wybitny.	*dtto*	*dtto*	*dtto*	*dtto*	*Sanatus* w 2 tygodnie.	

Chorzy w wieku średnim, gdyż 4 było między 50 a 60 rokiem życia, zgłaszali się pomiędzy 2 a 8 dniem choroby, średnio po 4 dniach.

Wśród nagle występujących bólów pojawiały się częste wymioty, które u 3 chorych (78, 79, 80) przeszły w kałowe.

Brzuch zazwyczaj był mało wzdęty. Wzdęcie miejscowe dawało się łatwo wybadać (6 razy) a mianowicie palcem, wprowadzonym przez bramę przepuklinową, można było wyczuć guz równy, bolesny, elastyczny, nieruchomy.

Ruch robaczkowy jelit spostrzegano w 5 przypadkach.

Zapalenie otrzewnej wikłało obraz chorobowy 3 razy, a raz (79) jelito uległo zgorzeli. Z wyjątkiem też tego jedynie przypadku, w którym musiano jelito wyciąć, w innych postępowanie zasadzało się na uwolnieniu pętli jelitowej i wycięciu worka przepuklinowego po poprzedniem jego podwiązaniu od wewnątrz. Wyleczono chorych 4 t. j. 57%.

TABLICA VI.

Przepuklina podkątnicza. *Hernia subcoecalis.* Przypadek 1.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypadki znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
84	Józef Mól, l. 37.	2 dni	Stan dobry. Wymioty częste. Bóle napadowe. Silne ruchy robaczkowe. Wzdęcie mierne niejednostajne.	*Occlusio intest. interna mechan.*	*Lysis.*	Pod kątnicą jamka wielkości jaja gęsiego.	*Hernia subcoecalis.*	*Sanatus* w 3 tygodnie.	

W przypadku tym po otwarciu jamy brzusznej przekonałem się, że kątnica jest podniesiona ku przodowi, a więc przypadła do przedniej ściany brzusznej, a pod nią znajduje się uchyłek wielkości jaja gęsiego; uchyłek utworzony jest od przodu przez tylną ścianę kątnicy na przejściu jej w kiszkę wstępującą, od tyłu przez otrzewnę ścienną, od góry przebiegał fałd otrzewnej półksiężycowato z wklęsłością ku dołowi. Otwór prowadzący do uchyłka, a drożny, jak się później przekonałem, dla 2 palców, był zwrócony nieco ku dołowi i stronie lewej. Otrzewna tak ścienna, jak i jelitowa w okolicy kątnicy i wyrostka robaczkowego nie przedstawiała żadnych zmian. Przez nakarbowanie górnego fałdu zdołałem wyjąć z pod kątnicy rozdętą pętlę jelita cienkiego. Część doprowadzająca była rozdęta, część odprowadzająca zapadła. Na granicy między pętlą uwięzgniętą, a częścią doprowadzającą, z drugiej strony zaś odprowadzającą, istniały wybitne rowki pochodzące od ucisku bramy przepuklinowej. Dla uniknięcia nawrotu zamknąłem otwór uchyłka podkątniczego t. j. przyszyłem tylną ścianę kątnicy do tylnej otrzewnej ściennej.

TABLICA VII.

Wgłobienie ostre. *Invaginatio acuta.* Przypadków 15.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypadki znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
85*	Karol Korzeniowski, l. 63.	8 dni	Siły słabe. Wymioty. Bolesność. Brzuch wzdęty wokoło, po środku niniej, nad lewym w. *Pouparta* Obrzęk twardy.	*Invaginatio. Peritonitis.*	*Resectio intest. Enterorhaphia.*	*Peritonitis.* Część wpochwiona uległa zgorzeli. Wycięto 95 cm.	*Invaginatio. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 10 godzin.	Po operacyi 2 stolce. Sekcya: *Peritonitis septica.*
86*	Agnieszka Chosała, l. 38.	8 dni	W stolcu śluz. Wzdęcie niejednostajne, guz w poprzek. *Per rectum* czuć obrączkę.	*Invaginatio. Peritonitis.*	*Anus praeter naturam.*	Kiszka zstępująca wtłoczona w kiszkę esowatą. Poprzecznica rozdęta. Otrzewna nastrzykana, sina.	*Invaginatio colica Peritonitis.*	*Mors* w 5 godzin.	Sekcya: *Peritonitis septica.*
87*	N. N., dziecko, 3 miesiące.	2 dni	Wymioty. Brzuch wzdęty. Obrzęk walcowaty poprzeczny.	*Invaginatio.*	*Desinvaginatio.*	Część jelita biodrowego wtłoczona w kątnicę. Odprowadzenie trudne, niektóre miejsca podejrzane.	*Invaginatio ileo-coecalis.*	*Mors* w 24 godzin.	Stolec po operacyi.
88*	Jan Kołodziej.	3 dni	Siły słabe. Wymioty kałowe. Bóle znaczne. Guz w okolicy kątnicy.	*Invaginatio.*	*Resectio intest. Enterorhaphia.*	Jelito biodrowe wgłobione w kątnicę, owrzodzenia dyfterytyczne.	*Invaginatio ileo-coecalis.*	*Mors* w 10 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
89*	Leib Bier, l. 26.	10 dni	Siły słabe. Wymioty. Wzdęcie niejednostajne. Stłumienie w okolicy kątnicy.	*Invaginatio.*	*Resectio intest. Enterorhaphia.*	Jelito biodrowe wtłoczone w kątnicę, zgorzel 20 cm.	*Invaginatio ileo-coecalis Gangraena Peritonitis.*	*Mors* w 7 godz.	Sekcya: *Peritonitis.*

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znaleziono przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
90*	Franciszka Ziembowa, l. 43.	14 dni	Siły małe. Czkawka. Wzdęcie niejednostajne. Guz po str. lewej. Ruch jelit wybitny.	*Invaginatio.*	*Desinvaginatio.*	Jelita bardzo zmienione. Rozpoczynające się zapalenie otrzewnej.	*Invaginatio. Peritonitis.*	*Mors* w 36 godzin.	Sekcya: *Peritonitis septica.*
91	Mojżesz Finkelstein, l. 60.	11 dni	Stan zły. Wymioty częste. Bóle napadowe. Bolesność mierna. Wzdęcie mierne. Ruch robaczkowy wybitny.	*Strangulatio.*	*Desinvaginatio. Anus praeter naturam.*	Jelito biodrowe wtłoczone w kiszkę wstępującą.	*Invaginatio ileo colica. Peritonitis. Gangraena. int.*	*Mors* w 24 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
92	Marya Pękalska, l. 68.	3 dni	Stan zły. Bóle napadowe co kilka minut. Wzdęcie kopułowate, nad lewym w. Pouparta charakterystyczny guz. Pętle zarysowane poprzecznie. Ruch jelit wybitny.	*Invaginatio.*	*Desinvaginatio.* Przy odprowadzeniu otrzewna jelitowa w kilku miejscach pękła. Odprowadzenie trudne.	Jelito cienkie wtłoczone w kiszkę grubą aż do kiszki esowatej.	*Invaginatio ileo-coecalis.*	*Mors* w 36 godzin.	Po operacyi kilka stolców. Sekcya: *Peritonitis.*
93	Marya Paleta, l. 46.	6 dni	Stan ogólny lichy. Nudności. Silne bóle napadowe. Bolesność w okolicy kątnicy. Brzuch wzdęty znacznie, niejednostajnie. Stłumienie nad kątnicą. Rysowanie się pętli a podczas bólu ruchy wybitne. Ciepłota normalna.	*Occlusio mechan. probab. Torsio coeci.*	*dtto*	Jelita silnie przekrwione. Ostry obrzęk gruczołów krezkowych.	*Invaginatio ileo-colica.*	*Mors* w 8 godzin.	Po operacyi stolec. Sekcya: owrzodzenia durowe w jelicie biodrowem.
94	Mendel Bergglas, l. 40.	3 dni	Stan zły. Wymioty częste. Bóle napad. W stolcu śluz. Brzuch miernie wzdęty. Charakterystyczny guz w okolicy kątnicy. Ruchy wybitne.	*Invaginatio ileo-coecalis.*	*Resectio Enterorhaphia.*	Odprowadzić nie było można. Część wpochwiona zgorzelinowa.	*Invaginatio ileo-coecalis* (aż do *colon descendens).*	*Mors* w 5 dni.	Sekcya: *Peritonitis.*
95	Mikołaj Czech, l. 33.	5 dni	Siły słabe. Z początku z otworu stolcowego krew. Wymioty częste. Bóle napadowe. Brzuch miernie wzdęty. Nad pępkiem guz charakterystyczny wielkości 2 pięści.	*Invaginatio ileo-coecalis.*	*Resectio* 20 cm. *ilei, coecum, colon ascendens, transversum* i *colon descendens.* Za pomocą guzika Murphy'ego implantacya *ilei* do *S Roman.*	Próby odprowadzenia bez skutku.	*Invaginatio ileo-coecalis* (aż do *S Roman*).	*Mors* w 10 godzin.	
96	Arnold Fraenkel, l. 9.	5 dni	Uderzenie w brzuch. Stan b. zły. Wymioty częste, kałowe. Bóle jednostajne. Bolesność znaczna. Brzuch bardzo silnie, jednostajnie wzdęty. W pierwszych dniach choroby miały być wybitne ruchy robaczkowe jelit.	*Peritonitis ad occlusionem mechanicam.*	*Resectio ilei* 30 cm.	Zgorzel części wgłobionej a także częściowo i pochwy. Przedziurawienie szyjki tejże. Kał w jamie otrzewnej. Szczyt wgłobienia tworzył uchyłek Meckela.	*Invaginatio iliaca. Perforatio ilei gangraenosi. Peritonitis.*	*Mors* w 3 godziny.	

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
97	Teofil Król, l. 39.	5 dni	Stan dość dobry. Wymioty. Bóle napadowe. Brzuch mało bolesny. Wzdęcie niejednostajne znaczne. Ruchów niema.	*Occlusio mechan.*	*Desinvaginatio* trudna, naddarcie otrzewnej jelitowej. Worek Mikulicza	Jelita zaczerwienione.	*Invaginatio ileo-coecalis.*	*Mors* w 3 dni.	Sekcya: *Pneumonia crouposa.*
98	Zofia Baran, l. 47.	10 dni	Stan zły. Wymioty. Bóle napadowe, bolesność. Wzdęcie duże, niejednostajne, zarysowanie pętli jelitowych, ruch wśród bólu.	*Occlusio mechan.*	*Resectio Enterorhaphia.*	Zgorzel części wgłobionej, a na przostrzeni guldena przedziurawienie zgorzelinowej pochwy.	*Invaginatio iliaca. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 15 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
99	Franciszek Piekarczyk, l. 32.	11 dni	Stan zły. Wymioty częste. Silne bóle napadowe. Bolesność. Wzdęcie niejednostajne. Charakterystyczny guz. Ruchy jelit wybitne.	*Invaginatio.*	*Resectio intestin. Anus praeter. natur.*	Zgorzel części wgłobionej. Zapalenie otrzewnej.	*Invaginatio colica. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 6 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*

W tej gromadzie w przeciwstawieniu do innych statystyk przeważa w naszem zestawieniu wiek dorosły, gdyż na 15 chorych zaledwie 2 liczy poniżej lat 10.

U ludzi przedtem zupełnie zdrowych (wyjątek stanowi chora 93, u której sekcya wykazała owrzodzenia durowe) bez widocznej przyczyny (z wyjątkiem 96-uderzenie w brzuch) nagle występowały gwałtowne bóle, a obok tego częste wymioty. Równocześnie pojawiało się zatrzymanie stolca i wiatrów, trwające przez cały czas choroby, a tem uciążliwsze, że połączone z silnem parciem.

Wydzielanie się z kiszki odchodowej śluzu i krwi, podnoszone zazwyczaj do znaczenia przypadu znamiennego (patognomonicznego) spostrzegaliśmy tylko w 3 przypadkach; wobec tego na podstawie naszych spostrzeżeń, a z drugiej strony ze względu na to, że objaw ten spotykamy i w innych postaciach niedrożności, objawowi temu nie przypisujemy takiego znaczenia. Badanie wykazywało niejednostajne wzdęcie brzucha (14 razy) z zarysowaniem rozdętych pętli jelitowych. Wzdęcie w 7 przypadkach dochodziło znacznych rozmiarów, w 7 zaś miernego stopnia. Ruchy robaczkowe (8 razy na 10 zanotowanych) pojawiały się wśród napadu bólów. Brzuch zazwyczaj był niebolesny, a tylko 4 razy pojawiła się bolesność ograniczona, odpowiadająca miejscu wgłobienia.

W głębi brzucha daje się wybadać guz bardzo znamienny i to w naszej statystyce 8 razy na 14 zanotowanych przypadków; 2 razy tylko stłumienie zdradzało siedzibę wgłobienia, a w 4 przypadkach (91, 96. 97 i 98) ani guza, ani stłumienia nie było można wykazać.

Zestawienie rodzaju wgłobienia wykazuje:

invaginatio	*ileo-coecalis*	7 razy	(87, 88, 89, 92, 94, 95, 97)
„	*colica*	2 razy	(86, 99)
„	*ileo-colica*	2 razy	(91, 93)
„	*iliaca*	2 razy	(96, 98)

(W 2 historyach chorób nie podano dokładnie rodzaju wgłobienia).

Zmiany w jelicie występowały bardzo szybko, gdyż 10 razy znaleziono zgorzel jelita, a między tymi w 2 przypadkach zgorzel zajmowała tak część wgłobioną, jak i pochwę. Zapalenie otrzewnej pojawiło się 5 razy, z czego 2 razy (96 i 98) wskutek przedziurawienia jelita.

Wobec tych stosunków odprowadzono wgłobienie 5 razy. Wycięto wgłobienie z założeniem szwu okrężnego 7 razy, w 2 przypadkach założono rzyć sztuczną, a u jednego chorego wycięto część zgorzelinową i wszyto odcinki w ranę brzuszną. To operacyjne leczenie dało nam nadzwyczaj niepomyślny wynik, gdyż wszyscy chorzy zmarli. Wynik taki mógłby odstraszyć od zabiegów operacyjnych i raczej skłonić do taktyki wyczekiwania, względnie leczenia środkami wewnętrznymi, tem więcej, że cały szereg przypadków, w ten sposób pomyślnie leczonych, znany jest w literaturze.

Zważywszy jednakowoż, że takie samo wyleczenie stanowi zaledwie maleńki odsetek wśród przypadków śmiercią zakończonych i z tego też powodu nie ogłaszanych; zważywszy dalej, że działając od zewnątrz, a nie znając dokładnie stanu jelita, możemy bardzo łatwo sprowadzić przedziurawienie zmienionego jelita przez zastosowanie energiczniejszych środków mechanicznych, jak wlewania, nadymania, mięsienie, wreszcie, że nigdy nie możemy mieć pewności skutecznego odprowadzenia, uzyskanego w ten sposób, nie podobna nabrać przekonania do leczenia wewnętrznego, na co się zresztą zgadzają prawie wszyscy wybitni klinicyści.

Przeglądając nasze zestawienie, musimy przyjść do przekonania, iż zły wynik stoi w prostym stosunku do czasu trwania choroby. Następujące zestawienie:

ilość dni choroby	2	3	5	6	8	10	11	14
ilość chorych	1	3	3	1	2	2	2	1

wykazuje, że chorzy nasi zgłaszali się o pomoc lekarską nadzwyczaj późno, gdyż średnio po 6 dniach choroby, a więc wśród zupełnego upadku sił i daleko posuniętych zmian jelit.

Chcąc nabrać jasnego poglądu, czy wcześniejsze operacye dają rzeczywiście pomyślniejszy wynik, musiałem się zwrócić do innych zbiorowych statystyk z dokładnie oznaczonym czasem choroby. W statystyce Rydygiera znalazłem takich przypadków 29 (4, 12, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 24, 26, 42, 43, 44, 48, 51, 52, 53, 55, 63, 65, 66, 67, 72, 74, 75, 76, 78, 82, 86); oprócz tego zestawiłem z piśmiennictwa 21 pojedynczych spotrzeżeń, a mianowicie:

Autor	Płeć, wiek	Czas trwania choroby	Rozpoznanie	Zabieg	Wynik
1) Ainsley	Dziecko 11 m.	$6^1/_2$ godz.	*Invagin. ileo-coec.*	*Desinvag.*	*San.*
2) Pollard	Dziecko 7 m.	22 godz.	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag.*	*San.*
3) Holländer	Kobieta 16 l.	2 dni	*Invag. iliaca.*	*Desinvag.*	*San.*
4) Tenże	Kobieta 21 l.	6 dni	*Invag. iliaca.*	*Resectio* 70 cm. *ilei* Murphy.	*San.*
5) Karolina Esgrolin	?	3 dni	*Invaginatio iliaca.*	*Resectio anus praet. natur.*	*Mors.*
6) Tenże	?	4 dni	*Invag. ileo-coecal.*	*Resectio anus praet. natur.*	*Mors.*
7) A. Lindh	Dziecko 5 m.	Kilka godzin	Kilkakrotne wgłobienie aż do kiszki zstępującej.	*Desinvag.* (t[illegible]).	*San.*
8) Broca	Dziecko 5 m.	6 dni	*Invag.*	*Desinvag.*	*Mors.*
9) Tenże	Dziecko 6 m.	2 dni	*Invag.*	*Desinvag.*	*San.*
10) Poppert	?	2 dni	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag.*	*San.*
11) Alsberg	Mężczyzna 11 l.	36 godz.	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag.* (ro[illegible] c[illegible]ewnej).	*San.*
12) Cordua	Dziecko 9 l.	4 dni	*Invag. iliaca.*	*Resectio.*	*Mors.*
13) Tenże	Dziecko $1^1/_2$ roku	7 dni	*Invag. Gangraena. Peritonitis.*	*Ileostomia.*	*Mors.*
14) Tenże	Dziecko $3^1/_4$ roku.	4 dni	*Invag. ileo-coec.*	*Anus praet. natur.*	*Mors.*
15) Tenże 16) „	Dziecko 6 m. 9 m.	48 godz.	*Invag.*	*Desinvag.*	*Mors.*
17) 18) 19) 20) 21) Tenże	Dzieci w wieku od 4 do 16 miesięcy.	48 godz.	*Invag.*	*Desinvag.*	*San.*

Na 50 więc przypadków spotykamy 18 wyleczeń, a mianowicie w zestawieniu Rydygiera 5 (13, 19, 51, 55, 75), w powyższem zaś mojem zestawieniu 13 (1, 2, 3, 4, 7, 9, 10, 11, 17, 18, 19, 20, 21). W pierwszych 60 godzinach choroby leczono 23 z 16 wyleczeniami czyli 69%; powyżej zaś 30 godzin z 27 przypadków zaledwie 2 wyzdrowiało, co stanowi 7%.

Zestawienie to jasno więc wskazuje, że z chwilą rozpoznania wgłobienia ostrego powinniśmy, nie tracąc czasu na niepewne, a nawet niekiedy szkodliwe stosowanie mechanicznych środków leczniczych, przystąpić do operacyi.

Ogólnie biorąc postępowanie nasze odpowiadało zapatrywaniom Rydygiera z wyjątkiem polecanych przez niego środków mechanicznych, a to z powodów wyżej podanych.

Należy zarazem tutaj podnieść, że jedynie odprowadzenie jelita daje widoki wyleczenia, gdy tak założenie rzyci sztucznej, jak i wycięcie jelita wyjątkowo tylko kończą się pomyślnie. I tak w literaturze zdołałem wynaleść zaledwie trzy przypadki wycięcia jelita z powodu ostrego wgłobienia, uwieńczone wyleczeniem. (C. d. n.).

III. Z kliniki chirurgicznej Wszechnicy Jagiellońskiej pod kierownictwem Dra Rutkowskiego.

O unikaniu zacieku moczowego po cięciu nadłonowem i o nowym sposobie sączkowania pęcherza.

Podał
Dr. Karol Kaczkowski.

Śmiertelność po cięciu nadłonowem wynosi obecnie około 16%. Jedną z najczęstszych przyczyn śmierci jest zaciek moczowy, przyczyna tak częsta, że Tuffier[1]) twierdzi, iż trzecia część wszystkich przypadków śmierci, wliczając w sumę ogólną przypadki od operacyi nie zależne, jest wywołana przez zaciek. Garcin[2]) w zebranych przez siebie 106 przypadkach cięcia nadłonowego naliczył 23 przypadków śmierci, z tego 11 wskutek zacieku, Tuffier na 120 przypadków, 30 przypadków śmierci, z tego 10 wskutek zacieku; jeszcze gorszą statystykę

---

1) Annales des maladies des voies urin. 1884.

2) Contribution clinique à l'étude de la cystotomie suspubienne etc. Inaug. Diss. Strassburg.

miał Meyer [3]): na 41 przypadków, 8 śmierci, wszystkie skutkiem zacieku.

W ostatnich czasach wobec udoskonalonej aseptyki częstość zacieku zmniejszyła się nieco, jednakże nie zbyt znacznie z łatwo zrozumiałych powodów.

Jeżeli po cięciu nadłonowem rana pęcherza nie została przyszytą do rany powłok brzusznych, to przednia ściana pęcherza opada własnym ciężarem ku dołowi i jeżeli chory leży na wznak, jak to zwykle po operacyi bywa, to między pęcherzem a powłokami brzusznemi tworzy się próżna przestrzeń, jama, którą mocz wypływający przez ranę pęcherza wypełnia. Przestrzeń ta przedpęcherzowa istnioje i w prawidłowych stosunkach, nosi nazwę przestworu przedpęcherzowego Retziusa *(cavum praevesicale Retzii)* i jest wypełniona nadzwyczaj wiotką tkanką łączną. Przy cięciu nadłonowem tkanka ta nawet przy najostrożniejszem przecinaniu jej ostrym nożem rozrywa się, nasiąka krwią, spływającą z powłok i moczem, wypływającym z pęcherza i tak zmieniona stanowi doskonałe środowisko dla drobnoustrojów. Jeżelibyśmy nawet wykluczyli dostanie się drobnoustrojów do tkanki tej od zewnątrz podczas i po operacyi, co przy pewnych wysiłkach osiągnąć można, to nie możemy zapobiedz dostawaniu się ich z moczem, który w tych przypadkach, gdzie cięcie nadłonowe skutkiem schorzenia pęcherza było wskazane, zawiera je prawie zawsze w mniejszej lub większej ilości. Mocz ten dostaje się do przestworu przedpęcherzowego przez ranę w pęcherzu przy każdem zwiększeniu się ciśnienia śródbrzusznego, czyli przy każdym wdechu. Z przestworu przedpęcherzowego wnika w szczeliny i zaułki tkanek, podminowuje otrzewnę, toruje sobie drogi wśród narządów w miednicy małej, drobnoustroje dostają się do krwiobiegu i zakażają ustrój lub wywołują ropienie, i to działanie toksyczne moczu wraz z działaniem drobnoustrojów sprowadza zbiór objawów zwanych „zaciekiem moczowym" *(infiltratio urinosa)*. Kiedy się cięcie nadłonowe rozpowszechniło, usiłowali chirurdzy, widząc częste występowanie zacieku, zapobiegać mu w rozmaity sposób. Usiłowania zwróciły się w czterech kierunkach. Starano się mianowicie: 1) zamknąć ranę w pęcherzu, 2) uodpornić tkanki przeciw nacieczeniu, 3) ułatwić odpływ moczu, 4) przez ciągły przepływ wody lub rozczynów przeciwgnilnych przez pęcherz zmniejszyć toksyczność moczu i niszczyć drobnoustroje.

1) Szczelne zamknięcie pęcherza zapomocą szwu byłoby w pewnej liczbie przypadków idealnem rozwiązaniem sprawy. Myśl ta już od dawna nasuwała się operatorom. Zastósował ją jednak z powodzeniem jeden z pierwszych Lotzbeck [4]) w r. 1859. Od tego czasu podano mnóstwo sposobów szycia pęcherza, rozmaitymi materyałami, chwytając w szew raz te, raz inne warstwy ściany pęcherza, zakładając szwy ciągłe i węzełkowe, jedno lub kilkupiętrowe, na ranę wśród — i poza otrzewnową, zrobioną w różnych miejscach pęcherza, raz pionowo, to znów poprzecznie, której brzegi w rozmaity sposób ścinano.

Dotychczas żadnego jednak z podanych sposobów szycia nie przyjęto powszechnie, bo każdy z nich nie do wszystkich nadaje się przypadków, nie zawsze dostatecznie spaja brzegi rany. Jeżeli zaś szew pęcherza nie jest zupełnie szczelny, to zamiast odwracać, zwiększa tylko znacznie niebezpieczeństwo zacieku.

Z tego powodu szew pęcherza wielu między poważnymi chirurgami ma przeciwników, że przytoczę tylko Billrotha, Ditla, Guyona, Tuffiera i Thompsona [5]).

Statystyka szwu, zebrana przez Razumowskiego [6]), wykazuje, że rychłozrost po szwie pęcherza w statystykach, obejmujących większą ilość spostrzeżeń, nastąpił w 30—60% przypadków. Dietz [7]) oblicza częstość rychłozrostu na 64.28%. Szew pęcherza może stać się również przyczyną kamieni pęcherzowych, które wytworzyć się mogą koło nitek [8]), założonych nawet nie przez błonę śluzową; wreszcie szew pęcherza, jak to z literatury widać, nie skraca czasu leczenia pooperacyjnego. Obok tego różni autorowie uznają rozmaite przeciwwskazania dla szwu, jak silny nieżyt pęcherza, zmiażdżenie brzegów przy wyjmowaniu kamienia, zabiegi na gruczole krokowym (Robson, Mayr) i t. p. W wielu wreszcie razach wykonuje się cięcie nadłonowe, nie jako operacyę wstępną, ale jako zabieg samoistny w celu leczniczym, aby dać wypoczynek pęcherzowi, aby tą drogą działać przez czas dłuższy na błonę śluzową, lub aby stale pozostawić przetokę, którąby mocz odpływał. W takich przypadkach musimy się uciec do innych sposobów, któreby ranę od działania moczu chroniły przynajmniej przez ten czas, póki rana nie pokryje się ziarniną, stanowiącą najlepszą ochronę dla ustroju.

Tu nasuwa się drugi sposób ochrony przed zaciekiem, mianowicie uodpornienie samej rany.

2) Najprostszym sposobem jest pozostawić to samemu ustrojowi zapomocą cięcia dwuczasowego. Sposób ten, podany przez Vidala de Cassis już w r. 1843, nie wielu znalazł zwolenników. Rozkładanie zabiegu na dłuższy przeciąg czasu nie może się podobać, a oprócz tego, jak twierdzi Ullmann [9]), cięcie dwuczasowe nie zmniejsza śmiertelności. Również nie przyjął się, o ile z literatury sądzić można, zalecany przez Langenbucha sposób cięcia dwuczasowego *(sectio perineoplastica)*.

O innych sposobach uodporniania rany, jak na przykład o przypalaniu termokauterem, pokrywaniu rany maściami lub proszkami przeciwgnilnymi nie warto wspominać. Nie zabezpieczają one od zacieku zupełnie.

3) Ułatwienie odpływu moczu w taki sposób, aby on do rany się nie dostawał, napotyka na wielkie trudności. Zdawałoby się, że najprostsza rzecz odprowadzić mocz drogą, którą natura stworzyła — przez cewkę. Mocz tą drogą odpływa tylko wtedy, kiedy w pęcherzu nie ma rany i wtedy skurcz pęcherza, a także i działanie tłoczni brzusznej zdołają mocz tą drogą wypchnąć. Jeżeli pęcherz jest otwarty,

[3]) Ueber die Nachbehandlung des hohen Steinschnittes. Langenbecks Archiv. 1884 B. XXI.

[4]) Bayer. ärztl. Intellig. Blatt 1859 p. 254.

[5]) patrz Kramer. Moderne Wandlungen der Steinoperationen. Langenbecks Archiv. 1886 B. 34 str. 57.

[6]) Sectio alta mit vollständig schliessender Blasennaht und ohne Anwendung des Katheters nach Operation. Langenbecks Archiv. B. 48 str. 442.

[7]) Etude clinique et experimentale sur la suture de la vessie après la taille hypogastrique. Paris. 1890.

[8]) Zeidler. Harnkonkremente welche sich um bei den hohen Steinschnitt angelegte Seidennähte gebildet hatten. Aus dem Obretowhospital. Separatabdruck. Ref. w Centr. f. Chir. 1895 str. 734.

[9]) Ueber den zweizeitigen hohen Blasenschnitt. (Aus Alberts Klinik) Wiener klin. Wochenschrift 1888 Nr. 36.

to pokonanie zwieracza jest niemożliwe, bo ciecz przy skurczu wypływa w tym kierunku, gdzie nie napotyka na żadną przeszkodę. Zdawałoby się, że wystarczy założyć cewnik na stałe, a w ten sposób otworzy się również wolna droga dla moczu, który nią będzie wypływał; lecz powszechnie znaną jest rzecza, że cewnik taki tylko niekiedy spełnia swe zadanie. Winnem temu jest, na co Marc Sée[10]) kładzie nacisk, parcie śródbrzuszne, które przy otwartym pęcherzu wywołuje przyleganie ścian jego do siebie. Mocz, wypływający z moczowodu, przy istniejącym otworze zostaje party pod działaniem parcia śródbrzusznego ciągle do tego otworu. Powinienby on wpływać i do oczka cewnika, co się jednak nie dzieje, bo ściany pęcherza przylegają do cewnika i powodują zamknięcie okienka, jeżeli tego nie uczyniły już pierwej skrzepy krwi, ropa, śluz, osady moczu lub okruchy kamienia.

Starano się dalej wzmocnić działanie cewnika, założonego na stałe, przez dodanie do niego rurki gumowej, która miała odprowadzać mocz do naczynia, stojącego pod łóżkiem, i działać jak lewar (Löbcker), ale i ten dodatek z łatwo, po tem cośmy powiedzieli, zrozumiałych powodów nie na wiele się przydaje. Lepsze usługi od zwykłych, oddają cewniki Pezzera z czapeczką, lecz trudności w założeniu ich u mężczyzn ograniczają ich użycie.

Cewnik na stałe oprócz tego, że dla wielu chorych przynajmniej w pierwszych dniach jest bardzo przykry i że jest znakomitą drogą dla dostania się drobnoustrojów do pęcherza, wywołuje często nieżyt cewki, rzadziej zapalenie przyjądrzy (Rauh[11]) Garcin[12]) i ropnie w ciałach jamistych prącia (Marc Sée[13]). Dlatego też wielu autorów zupełnie zarzuciło cewnik na stałe, zalecają oni natomiast po szwie pocherza częste cewnikowanie, czego oczywiście w leczeniu następowem bez szwu nie można zastósować. (C. d. n.)

IV. Wyciągi.

Dr. Ołtuszewski (Z warszawskiego zakładu dla zboczeń mowy, oraz cierpień jamy nosowo-gardzielowej). **O stosunku porażeń mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategoryi zboczeń mowy.** *(Gazeta Lek.* 1898). W pracy niniejszej opisuje autor, opierając się na własnym materyale klinicznym, objawy i przyczyny porażeń mózgowych wieku dziecięcego, towarzyszace im zboczenia mowy, rozpoznawanie porażeń mózgowych, liczebny stosunek, jaki zajmują w etyologii zboczeń mowy, znaczenie, jakie mają dla wyjaśnienia patogenezy niektórych zboczeń mowy, wreszcie wyniki lecznicze, osiągnięte przy leczeniu tych ostatnich.

Po krótkiej wzmiance, dotyczącej historyi porażeń mózgowych wieku dziecięcego, O. przedewszystkiem zaznacza, że dziś ogólnie przyjęta nazwa: porażenia mózgowe wieku dziecięcego, jest równie nieodpowiednią nazwą, jak niemota, gdyż pod to miano podciągamy zbiór najróżnorodniejszych objawów klinicznych, nie związanych ani wspólną przyczyną, ani tożsamością zmian anatomicznych; poczynając od jedno lub obustronnych porażeń, sztywności ogólnej lub paraplegicznej, atetozy przewlekłej, jedno lub obustronnej pląsawicy, a kończąc na padaczce i zupełnym braku jakichkolwiek zaburzeń ruchowych.

Do znamiennych objawów formy połowiczej należą: niedowład, a w danym razie przykurczenie kończyn, w szczególności górnej, wzmożenie odruchów mniejszego lub większego stopnia, zboczenia w rozwoju psychicznym, padaczka, zaburzenia ruchowe poporażne (objawy skurczowe [spastyczne], bezładowe lub pląsawicze), oraz zmiany odżywcze (zgrubienia czaszki, zagłębienia, zmiany objętości i kształtu czaszki, zaniki mięśni, zatrzymania w rozwoju). Kliniczny obraz obustronnych porażeń mózgowych przedstawia się pod pięcioraką postacią: 1) ogólnej sztywności (choroba Littlea), 2) sztywności poprzecznej, 3) poprzecznego porażenia, 4) obustronnego połowiczego porażenia *(bilateralis hemiplegia)*, 5) ogólnej pląsawicy lub obustronnej atetozy. Typy te mogą się z sobą wikłać w najróżnorodniejszy sposób. Z zaburzeń ruchowych po porażeniach obustronnych zasługuje na uwagę znamienne przykurczenie kończyn dolnych, spaczona mimika, właściwy nieruchomy wyraz twarzy, oraz ruchy przymusowe. Zez, drżenie gałek ocznych, zanik nerwu wzrokowego i niedowład nerwu okoruchowego częściej się trafiają w postaciach obustronnych, aniżeli połowiczych. To samo tyczy się nierozwinięcia psychicznego. Pląsawica jest rzadsza, niż w poprzedniej postaci. Zaburzenia odżywcze są podobne, jak w porażeniach połowiczych.

Co do przyczyn porażeń wogóle zaznacza autor na zasadzie dotychczasowego doświadczenia, że tu zarówno, jak w etyologii zboczeń w rozwoju psychicznym, należy wpływy dziedziczne (usposobienie neuropatyczne) w większości przypadków uważać za najważniejsze, przyczynom zaś przypadkowym, jak utrudniony poród, przebyta choroba zakaźna, uraz itd., przyznawać jedynie rolę drugorzędną.

Zmiany anatomo-patologiczne mogą być jednakowe zarówno w połowiczych, jako też w obustronnych postaciach porażeń mózgowych. Porażenia mózgowe towarzyszą następującym końcowym sprawom: 1) stwardnienie mózgu zanikowe rozlane i ogniskowe, 2) przerostowe stwardnienie mózgu, 3) braki wrodzone częściowe mózgu *(porencephalia)*, 4) powstrzymanie w rozwoju mózgu. Początkowe sprawy, doprowadzające do pomienionych zmian mogą być pochodzenia urazowego, naczyniowego i zapalnego.

W rozpoznawaniu zwraca O. głównie uwagę na stosunek niedołęstwa umysłowego wrodzonego (idyotyzmu) do porażeń mózgowych. Na zasadzie prawie jednakowych zmian anatomicznych (z wyjątkiem niektórych przypadków niedołęstwa umysłowego wrodzonego), jak również wspólnej poniekąd etyologii, oraz tych samych oznak zwyrodnienia, upatruje autor pomiędzy temi zboczeniami widoczny związek, a z tego względu oba odnosi do jednego działu. Cała różnica między wrodzonem niedołęstwem umysłowem, a porażeniami mózgowemi polega w tych ostatnich jedynie na większem zajęciu sfery ruchowej kory, aniżeli psychicznej.

Porażenia mózgowe mogą się łączyć z różnemi zboczeniami mowy, a więc niemotą, bełkotaniem, względnie wadliwem wymawianiem, mową nosową, oraz jąkaniem. Niemota należy do gromady ruchowej. Bełkotanie, względnie wadliwe wymawianie, występuje pod zwykłą postacią i zależy od ustępującej samoistnie niemoty. Mowę nosową, którą autor nazywa wrodzoną, wywołuje upośledzenie czynności ośrodków ruchowych kory lub skrócenie podniebienia twardego, jako jedna z anatomicznych oznak zwyrodnienia. Nakoniec jąkanie oprócz zwykłych typów często występuje pod postacią tak zwanego dawniej bezgłosu skurczowego (afonii spastycznej), który O. zalicza do gromady jąkania głosowego.

Dokładne zdawanie sobie sprawy z patologii porażeń mózgowych rzuca odpowiednie światło na istotę wielu zboczeń mowy, jak niemoty ruchowej, noszącej w Niemczech nazwę *Hörstummheit* lub niemoty wrodzonej, bez uwzględnienia patogenezy tego zboczenia, bełkotania, biorącego tu również swe źródło, mowy nosowej pochodzenia korowego, oraz niektórych postaci jąkania.

[10]) Etude sur la taille hypogastrique. Revue de chir. 1887 Nr. 1 i 2.

[11]) Die Steinoperationen in der chirurgischen Universitäts-Poliklinik in München. Münchener med. Wochenschr. 1886 Nr. 9—11.

[12]) l. c.

[13]) l. c.

Na 1058 przypadków zboczeń mowy, spostrzeganych przez O. od lipca 1892 do lipca 1898 roku, dały się wykazać 42 razy porażenia mózgowe, jako przyczyna zboczeń mowy. Na zasadzie tej okoliczności, że zbieranie wywiadów u tego rodzaju chorych jest nieraz bardzo utrudnione, że porażenia mózgowe, nie pozostawiając po sobie nieraz żadnych śladów zaburzeń w sferze ruchowej, zaliczane bywają często do gromady zboczeń w rozwoju psychicznym, sądzi autor, że podaną powyżej liczbę należy przyjmować jedynie w przybliżeniu, gdyż w rzeczywistości jest ona zapewne daleko większa. Na wspomnianych 42 spostrzeżeń porażeń mózgowych przeprowadził O. systematyczne leczenie towarzyszących im zboczeń mowy w 7 przypadkach z zupełnie dobrym wynikiem (2 dotyczyły niemoty, 2 bełkotania, 2 mowy nosowej i 1 jąkania).

W zakończeniu opisuje autor 20 własnych spostrzeżeń z różnych działów zboczeń mowy, oraz zwraca uwagę na doniosłość leczenia zboczeń mowy, towarzyszących porażeniom, a to tem więcej, że zaburzenia ruchowe często w zupełności znikają, a pozostaje jedynie zboczenie mowy, utrudniające do wysokiego stopnia rozwój umysłowy dzieci. — *(Streszczenie własne).*

Dr. W. Ołtuszewski: **Szósty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy**. *(Medycyna,* 1898). Praca ta stanowi rozumowane sprawozdanie z zakładu za rok 1897/1898. Oprócz naukowo opracowanego materyału klinicznego, obejmującego 171 przypadków zboczeń mowy, uzupełnia autor w przyczynku niniejszym teoretyczną stronę logopatologii (streszczonym wyżej) opisem stosunku porażeń mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategoryi zboczeń mowy. Opierając się na wynikach dotychczas ogłoszonych swych prac, opartych na obfitym materyale klinicznym, wynoszącym do lipca 1898 r. 1058 przypadków, wypowiada autor pewien ogólny pogląd w tym przedmiocie, a mianowicie podaje własny podział zboczeń mowy, wyznacza miejsce, jakie logopatologia winna zajmować w szeregu nauk lekarskich, oraz wykazuje jej związek z różnymi ich działami. Uwzględniając najważniejsze czynniki przyczynowe, a mianowicie psychiczne zwyrodnienie w obszernem słowa tego znaczeniu i pewne zmiany w tkance mózgowej, którym nie towarzyszy żadna nieprawidłowość psychiczna, zalicza O. naukę o zboczeniach mowy do dziedziny psychopatologii i neuropatologii, z któremi logopatologia pozostaje w bezpośrednim związku; z nauką o chorobach gardła, nosa, uszu i cierpieniach jamy ustnej łączy się logopatologia jedynie pośrednio.

W ostatnim roku spostrzegał autor 44 przypadki niemoty, 46 bełkotania łącznie z wadliwem wymawianiem, 4 mowy nosowej, oraz 77 jąkania. Z 44 przypadków niemoty dotyczyło 8 dorosłych, a 36 dzieci. W etyologii niemoty u dzieci zapisano mowę opóźnioną w 5 przypadkach, zboczenia w rozwoju psychicznym w 3, porażenia mózgowe wieku dziecięcego w 5, niemotę pozakorową w 4 i głuchoniemotę w 19. W roku bieżącym ukończyła leczenie z zupełnie dobrym wynikiem między innemi 14 l. dziewczyna M. K., dotknięta znacznemi zboczeniami w rozwoju psychicznym łącznie z brakiem mowy. Z działu bełkotania oraz wadliwego wymawiania zasługuje na zaznaczenie wyrobienie pamięci słownych, zmysłowych u 8 l. chłopca T. N., prawie zupełnie nierozumiejącego mowy, a mówiącego w wysokim stopniu niezrozumiale. Stan dziecka przed leczeniem dawał powód rodzicom do uważania go za zupełnego idyotę, niezdolnego do jakiegokolwiek kształcenia umysłu. Niejednokrotnie w dawniejszych „Przyczynkach“ wzmiankowana mowę nosowa pochodzenia korowego, stwierdza autor opisem dwóch odnośnych przypadków. Jeden dotyczył dorosłego mężczyzny, u którego po silnem uderzeniu w tylną część głowy wystąpiła mowa nosowa łącznie z lewostronnym połowiczym niedowładem; drugi przypadek, dotyczący 17-letniej panny A. G., leczony z zupełnie dobrym wynikiem, zależał od upośledzenia czynności ośrodków ruchowych kory po przebytem porażeniu mózgowem wieku dziecięcego. Z 13 osób, leczących się z jąkania, wszystkie się wyleczyły prócz jednej, która ukończyła leczenie ze znaczną poprawą. *(Streszczenie własne).*

A. Jesonick: **Przypadek stomatitis gonorrhoica**. *(D Arch. f. kl. Med.* T. 44, 1, 2). Autor opisuje przypadek zapalenia rzeżączkowego spojówek, połączonego z zapaleniem błony śluzowej ust pod postacią obrzęku warg, dziąseł i języka i białawych wyniosłych plam na języku. Z przybłonka ust wychodował J. gonokoki. Przy stosowaniu płókań roztworem kwasu borowego cierpienie szybko ustąpiło. Autor sądzi, że jad dostał się wprost ze spojówek do ust, a nie drogą kanałów łzowych lub przerzutów, przyczynić się jednak musiała ta okoliczność, że chory na krótko przedtem zapadł na zapalenie żuchw. *F. K.*

A. Funke: **Leczenie chronicznych schorzeń narządów miednicy małej u kobiet za pomocą ucisku śrutem**. *(Beitr. z. Geb. u. Gyn.* T. I. Zesz. 2). Autor używał z dobrym skutkiem w całym szeregu przypadków schorzeń przewlekłych, jak wypocin (ekssudatów), starych krwiaków, licznych zrostów, zwężeń pochwy, nieprawidłowego ułożenia macicy i t. p., tamponady pochwy zapomocą śrutu. Tamponady takiej dokonywa się w ten sposób, że na wziernik rurkowy, długości 10 cm., posmarowany wazeliną, naciąga się odpowiednio silny kondom, wciągając jego zamknięty koniec do światła wziernika. Tak osłonięty wziernik wprowadza się do pochwy i przezeń wypełnia się szczelnie pochwę śrutem (nr. 3), ubijając śrut albo palcem, albo odpowiednimi kleszczykami. Ilość śrutu zużytego do jednorazowego wytamponowania waha się od 500—1000 gramów, zależnie od szerokości pochwy. Po wytamponowaniu usuwa się wziernik i pozostawia się przez 2—16 godzin śrut w pochwie. Tamponada ta działa w dwojaki sposób: rozciąga i ugniata otoczenie. Dla wzmocnienia ugniecenia można jeszcze nad spojenie łonowe położyć 1—2 kg. śrutu. Chore tamponadę taką znoszą dobrze. *St. D.*

Bumm: **Przyczynek do techniki przy usuwaniu mięśniaków**. *(Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäk.* T. I. Zesz. 1). Autor przy wyłuszczaniu macicy tak drogą pochwy, jak i drogą brzuszną wstrzymuje krwotok z przeciętych więzów szerokich przez podwiązywanie światła pojedynczych naczyń. Przy wyłuszczaniu drogą pochwową okrawuje autor sklepienie, potem usuwa macicę przez rozkawałkowanie, więzy po obu stronach chwyta częściami w drobne kleszczyki, poczem przecina je tuż przy macicy. Po przecięciu okłuwa pojedyncze naczynia cienką igłą, nawleczoną katgutem, w końcu zeszywa otrzewnę. Przy wyłuszczaniu macicy drogą brzuszną chwyta autor każde więzadło szerokie w dwa szeregi coraz niżej zachwytujących krótkich kleszczyków i pomiędzy nimi przecina więzadła. Wyłuszczywszy po przecięciu więzadeł macicę, zyskuje się dużo miejsca do łatwego podwiązania pojedynczych naczyń. *Dr. St. Dobrowolski.*

A. Döderlein: **Bakteryologiczne doświadczenia nad rękawiczkami operacyjnemi**. *(Beiträge z. Gebursth. und Gynäk.* T. I. Zesz. 1). Autor na podstawie doświadczeń, przeprowadzonych w klinice ginekologicznej w Tybindze, przyszedł do przekonania wbrew zdaniu Mikulicza i Trendelenburg-Perthesa, że użycie rękawiczek wogóle, a w szczególności rękawiczek trykotowych niema żadnych zalet i jest gorsze, niż operowanie bez rękawiczek, gdyż nasiąknięte krwią rękawiczki bardzo łatwo zatrzymują i przechowują bakterye. Operowanie bez rękawiczek rękami nie zakażonemi daje, jak doświadczenia autora wykazują, najlepszą rękojmię czystości. *St. D.*

Z. Monsiorski: **O zewnętrznem badaniu położniczem i obrocie zewnętrznym**. *(Gazeta lekarska,* 1898, Nr. 41). Autor jest gorącym zwolennikiem ograniczania badania wewnętrznego i opisując szczegółowo cały tok badania zewnętrznego, sądzi, że na jego podstawie można w ciąży rozpoznać na pewno ciążę bliźniaczą, nadmierną ilość wód płodowych, ocenić stosunek główki do wymiarów miednicy, a nawet rozpoznać (?) łożysko przodujące przy braku wszelkich innych

objawów, nawet krwawienia, li tylko na podstawie nieustalania się główki w ostatnich 6 tygodniach u pierwiastki, a w ostatnich dwóch tygodniach u wieloródki przy miednicy prawidłowej.

Znalazłszy położenie płodu poprzeczne lub podłużne pośladkowe, radzi autor jeszcze w ciąży, przed ustaleniem się części przodującej, dokonać obrotu zabiegiem zewnętrznym Wieganda i następnie osiągnięte przez to prawidłowe położenie płodu ustalić zapomocą opaski Pinarda, zaopatrzonej podłużnemi poduszeczkami gumowemi, wypełnionemi powietrzem, które, przypadając po obu stronach macicy, niedozwalają płodowi zmienić położenia. *Ww.*

K. Stróżewski: **Kilka słów w kwestyi leczenia wiądu rdzeniowego** *(tabes dorsalis). (Gaz. lek.* 1898). Jak w każdem, tak i w tem cierpieniu ważnem jest poznanie przyczyny. Nie wdając się szczegółowiej w rozbiór przyczyn wiądu, zaznacza autor, że związek wiądu z kiłą nie jest sprawdzony, a wielką część opisów poprawy po leczeniu rtęciowem kładzie na karb niedokładnego rozpoznania i odróżnienia kiły mózgo-rdzeniowej od wiądu; wreszcie skutki leczenia przecenia się, zdaniem autora, niejednokrotnie, gdyż znane są niewątpliwe przypadki wiądu, w których bez leczenia sprawa chorobowa postępowała wolno lub zatrzymywała się chwilowo i w których niektóre zaburzenia czynnościowe znacznie słabły, a nawet zupełnie znikały. Na odparcie twierdzenia, że chorzy dotknięci kiłą po przeprowadzeniu dokładnego, w ciągu paru lat powtarzanego leczenia rtęciowego nie zapadają na wiąd, przytacza autor 2 przypadki, w których mimo ścisłego, przez lat parę powtarzanego leczenia rtęciowego i jodowego wystąpił (w 12 i 14 lat) typowy wiąd rdzeniowy, sądzi więc autor, że nie można szablonowo leczyć wiądu rtęcią, bo nie zawsze kiła jest jego przyczyną i leczenie takie może nieraz choremu przynieść szkodę; na dowód tego przytacza 2 własne przypadki (spostrzeżenie 1 i 3), w których po wcieraniach wystąpiło znaczne osłabienie kończyn dolnych, wybitny bezład, drętwienie i zaburzenia w czuciu dotyku i mięśniowem. Radzi więc autor stosować rtęć tylko w tych przypadkach, gdzie wywiady wskazują niewątpliwie na kiłę, a rozpoznanie waha się między wiądem, a kiłą mózgo-rdzeniową i niema wyraźnego przeciwwskazania przeciw leczeniu rtęciowemu.

Leczenie więc wiądu powinno być objawowe, a zastosowane do przypadku. Powinniśmy poprawić odżywienie chorego, wpływać na stan psychiczny i leczyć istniejące zaburzenia, a więc w bólach: *antineuralgica* unikając morfiny, w razie potrzeby hydropatya, balneoterapia, elektryzowanie. Przeciw zaburzeniom zborności ruchów stosuje autor sposób t. zw. kompenzacyjny, po którym otrzymuje zawsze dodatnie, a często świetne wyniki. Sposobowi temu nie przeszkadza ani ciężkość przypadku, ani zadawnienie choroby, ani rodzaj zaburzeń czuciowych. Wszyscy, którzy go próbowali, wyrażają się o nim z uznaniem. Stosować go powinni tylko lekarze dobrze z nim obznajomieni, przyczem należy unikać męczenia chorego. Na poparcie tego przytacza autor 3 przypadki (z tego 2 wyżej wspomniane) ze znakomitą poprawą tak, że jeden z chorych nawet mógł tańczyć walca. Czas leczenia wynosił 2—4$^1/_2$ miesięcy. *Dr. Flis.*

Prof. Starck (Kiel): **Wessalność hematyny i wartość przetworów hemoglobinowych**. *(Deutsche medicinische Wochenschrift,* 1898, Nr. 51). Hematyna, najgłówniejszy składnik O-hemoglobiny, posiada wielkie znaczenie dla ustroju ludzkiego. Sprawa wessalności hematyny jednakowoż jest mało dotąd znana. Wprawdzie istnieją prace Koberta i jego uczniów w tym przedmiocie, które dowodzą wessalności hematyny i popierać się zdają przypuszczenie Koberta, że pies, podobnie, jak cała rodzina drapieżnych, czerpie główną ilość żelaza w swojej przemianie materyi z żelaza krwi spożywanego mięsa. W doświadczeniach Koberta obliczano jednak żelazo tylko z moczu, także w niektórych razach z żółci, dlatego nie można doświadczeniom owym przypisać tak rozstrzygającego znaczenia, jak nowszym badaniom w tym względzie, w których do oznaczeń żelaza użyto nietylko moczu, ale i kału. Z doświadczeń tych pokazało się, że hematyny nie wsysa ani żołądek, ani jelita, więc żelazo wprowadzone przez usta w postaci krwi lub hematyny, jest bezużyteczne. Nieorganiczne przetwory żelaza ulegają wessaniu i co do tego niema wątpliwości.

Kliniczne spostrzeżenia nad działaniem rozmaitych przetworów hemoglobinowych, (hemoglobina Pfeuffera, hematogen Hommela, hemalbumin, trefusin d'Emilia i t. d.) brzmią zachęcająco, co jednak nie znaczy, żeby udowodniono klinicznie, iż przetwory hemoglobinowe działają przez swoje żelazo. Autor zamierzył zbadać zachowanie się hematyny w ustroju, bo, jak wiadomo, znaczenie wszystkich przetworów hemoglobinowych można sprowadzić do znaczenia samej hematyny, albowiem tylko w tej postaci znajdują się one w żołądku. Z doświadczeń autora z przetworami hemoglobinowymi *(Hb)* wypadło, że z hematyny nadzwyczaj mało żelaza *(Fe)* wessało się w przewodzie pokarmowym; natomiast wessalność żelaza z połączeń nieorganicznych była bardzo znaczna. *Fe* nieorganiczne i organiczne, karniferryna, ferratyna i *Fe* z pożywienia okazywały również znaczną wessalność. Hematyna powstająca w żołądku z *Hb* opiera się silnie wessaniu i to tak z przewodu pokarmowego, jak również z pod skóry. Jeszcze po 7-u tygodniach po wstrzyknięciu podskórnem hematyny można ją było znaleźć niezmienioną w tkance. Tak samo, wstrzykiwana śródotrzewnowo (u świnek morskich), opierała się hematyna długo wessaniu.

Hematyna jest więc dla ustroju nadzwyczaj trwałem połączeniem organicznem; i nic w tem dziwnego, bo tak silne czynniki poza ustrojem, jak ogrzanie do 180°, gotowanie z zgęszczonym ługiem potasowym lub z zgęszczonym kwasem solnym nic mogą jej rozłożyć. Żyjąca komórka dopiero z największym wysiłkiem zaledwo w końcu zdoła zniszczyć połączenie hematyny i sprowadzić je do prostszego połączenia *Fe* z białkiem. O wiele łatwiej udaje się to komórce, jeżeli ma rozłożyć połączenie *Hb.* Toteż *Hb.*, wstrzyknięta pod skórę, szybko się wchłania. Ponieważ jednak w żołądku nigdy niema komórka wchłaniająca do czynienia z *Hb.*, tylko już z hematyną, więc łatwa wessalność samej *Hb.* w przeciwieństwie do hematyny zupełnie odpada przy podawaniu jakichkolwiek przetworów hemoglobinowych *per os.* Jeżeli już więc chce się w celach leczniczych uciec do *Fe*, zawartego w *Hb.*, to należy jedynie wstrzykiwać podskórnie *Hb.*, jako *O-Hb.* lub w braku jej *Met-Hb.* Ponieważ zaś *Hb.* da się zastosować podskórnie tylko w niektórych przypadkach, a przy stosowaniu wewnętrznem przetworów *Hb.* działanie *Fe* jest bardzo małe (jeżeli o niem wogóle mówić można), przeto, jeżeli podawanie *Fe* jest wskazane, należy używać właściwych przetworów *Fe* (nieorganicznych lub organicznych), których wessalność jest dowiedziona.

Z *Hb.* wprowadzanej wewnętrznie może się wchłaniać białko, w jakim stopniu, niewiadomo; przetwory *Hb.* działają też podniecająco na łaknienie, zresztą innego działania przypisywać im nie można. Nadto są one bardzo drogie, a należy pamiętać, że czysta *Hb.* zawiera tylko 0·43% czystego *Fe*, przetwory zaś *Hb.* składają się jedynie w mniejszej części z *Hb.*

Wszystkie więc przetwory *Hb.*, które mają dopełnić niedostatek krwi w sposób możliwie doskonały, jak to utrzymują opisy do wyrobów tych dodawane, — w rzeczywistości mają dla ustroju zupełnie to samo znaczenie, co krew, która dostała się wskutek krwotoku żołądkowego do żołądka i którą przerabia sok żołądkowy. A wiadomo, że tej krwi nie przypisuje się żadnego znaczenia, przynajmniej wcale nie wpływa ona na poprawę niedokrewności pokrwotocznej. Przetwory *Hb.* nie wyszły poza polecane przez starych lekarzy picie świeżej krwi. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Dr. K. Franz: **Przyczynek do nauki o poronieniu.** *(Beitr. z. Geb. u. Gyn.* Tom I. Zesz. 3). Autor na podstawie 844 przypadków poronienia, spostrzeganych już to poliklinicznie, już też klinicznie daje wskazówki, jak należy postępować przy poronieniach. Mianowicie przy grożącem

poronieniu należy zalecić spokój i *narcotica*. Przy rozpoczynającem się poronieniu użyć należy tamponady szyi i pochwy, jeżeli zaś chora wysoko gorączkuje, należy natychmiast opróżnić macicę po już to bezkrwawem, już też krwawem rozszerzeniu szyi. Przy niezupełnem poronieniu należy resztki jaja wydobyć ręcznie i następnie wyskrobać macicę, lub też, jeżeli ujście nie przepuszcza palca, należy resztki jaja usunąć łyżeczką. Przy zapaleniu błony śluzowej macicy po poronieniu należy wyskrobać macicę i w danym razie przypalić ją 50% roztworem wyskokowym kwasu karbolowego. Ukleje łożyskowe należy usuwać ręcznie, po wyjęciu ukleja należy macicę wyskrobać. Przy takiem postępowaniu spostrzegał autor tylko 2 przypadki śmierci. przebieg gorączkowy zaś w 12% ze 194 chorych, leczonych w klinice.

St. D.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Przetwory opoterapeutyczne. Ponieważ przyjęty swego czasu stosunek, że 1 część gotowego przetworu równa się 10 częściom świeżej substancyi, okazał się w praktyce przy dawkowaniu niewygodnym, sporządzają więc teraz te przetwory w ten sposób, że jedna ich część odpowiada 5 częściom świeżej substancyi na wagę. Niepodobna w krótkiem streszczeniu wymieniać wszystkich tych przetworów, bo i liczba ich już znaczna i wskazań wiele. Wyrabiają sobie one zwolna prawo bytu, pomówimy więc o nich wkrótce obszerniej.

Orthoformium (basicum). Proszek krystaliczny, biały, lekki, bez smaku i zapachu, w wodzie mało rozpuszczalny. Według licznych badań, środek ten nadaje się wybornie do miejscowych znieczulań, bo jest zupełnie dla ustroju obojętnym i działanie jego trwa długo (nawet przez kilka dni). Do znieczulenia jednak tego potrzeba, by ortoform zadziałał wprost bezpośrednio na zakończenia nerwowe, a więc w miejscu utraty tkanki. Stosowano go przy ranach, oparzeniach, owrzodzeniach kiłowych, żylakowych i rakowatych, także przy bólu zębów. Znieczulenie występuje w 3—5 minut, czy to po posypaniu odpowiedniego miejsca, czy też po użyciu maści (10—20%), a trwa 30 godzin, w niektórych przypadkach 3—4 dni. — Prócz tego przetworu, istnieje drugi podobny: orthoformium hydrochl., łatwo rozpuszczalny, ale z powodu silnego chociaż krótkotrwałego bólu, jaki zaraz po jego wstrzyknięciu powstaje, mało używany. — Hirschbruch dlatego stosuje naprzód 0.002 gr. kokainy, a po chwili wstrzykuje odpowiednią ilość 3% zawiesiny ortoformu we wodzie.

Zapisuje się:

Rp.: Orthoformii basici pulverati 20.0
Detur ad scatulam S.: zewnętrznie pudrować.
Rp.: Orthoformii basici pulverati 5—10.0.
Unguenti Paraffini 45.0
M. f. unguentum Ds. zewnętrznie.

Oxole: *Camphoroxolum, Menthoxolum, Naphthoxolum.* — Są to płynne mieszaniny 3% roztworu nadtlenku wodoru z 32 do 38% wyskoku, w którym rozpuszczono 1% mentolu, 1% kamfory, lub 2% naftolu. Według Waynera są to doskonałe środki przeciwgnilne, gdyż działają dobrze przy ropiejących ranach, powstrzymują rozkład, pobudzają bujanie ziarniny. Na mniej, lub więcej oczyszczoną ranę przykłada się mały, wyjałowiony wacik napojony 10% roztworem oxolu i następnie zakłada się czysty opatrunek.

Oxycamphora $C_8H_{14}\left\langle\begin{matrix}CHOH\\ |\\ CO\end{matrix}\right.$ Jest to biały, krystaliczny proszek, do 2% w zimnej, łatwiej nieco w gorącej wodzie rozpuszczalny; zresztą rozpuszcza się łatwo prawie we wszystkich organicznych płynach (z wyjątkiem ligroiny). Heinz i Manasse, szukając środka, pochodnego od kamfory, a łatwo rozpuszczalnego, przekonali się, że *oxycamphora* tę własność posiada, ale za to w działaniu różni się wielce od samej kamfory. Nie pobudzając bowiem w zupełności układu nerwowego ośrodkowego, znosi w dużych dawkach pobudliwość ośrodka oddychania. Ponieważ zaś działanie to występuje szybko, nie wywołując objawów ubocznych, stosować ją można przy utrudnionem oddychaniu, czyli duszności *(dyspnoë)*. Podaje się 2—3 razy dnia w dawkach po 0.5—1.0 grama.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Dr. Żychoń.

Kaczanowski *(Deutsch. Zts. f. Chirurgie,* Tom 49, Zeszyt 2 i 3) zaleca nadmanganezian potasowy w leczeniu wilka. K. przekonał się mianowicie, że środek ten niszczy tkankę ziarninową, nie działa zaś na zdrowe tkanki. i wpadłszy na myśl wyzyskania tej jego właściwości w leczeniu wilka, stósował go w 34 przypadkach rozmaitych postaci tej choroby *(Lupus vulgaris, exulcerans, fungosus, serpiginosus, hypertrophicus* na twarzy, tułowiu i kończynach). We wszystkich przypadkach wyniki były pomyślne. Sposób stósowania jest prosty. Oczyściwszy miejsce schorzałe ze strupów i osuszywszy je starannie, posypuje się je 2—3 mm. warstwą sproszkowanych kryształków nadmanganezianu i pokrywa warstwą waty wyjałowionej. Opatrunek zmienia się, gdy przesiąknie wydzieliną. Po oczyszczeniu się rany zmienia się opatrunek na zwykły przeciwgnilny. Ból przy tym sposobie jest dość znaczny i trwa dość długo, ale podobno jest mniejszy, niż po innych środkach żrących.

C. H.

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura — w miesiącu styczniu 1899.

W miesiącu tym szczepiono ogółem 42 osoby; w liczbie tej 9, pozostałych w leczeniu z grudnia 1898 r. i 4 pozostających na miesiąc luty 1899 r.

Wykaz liczbowy tych 42 leczonych osób ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania	B. [1]	C. [2]	Liczby ogólne
w twarz i głowę	1	1	2
w kończyny górne	24	9	33
w kończyny dolne i tułów	4	3	7
w ciało nagie	23	10	33
przez ubranie	6	3	9
Liczby ogólne	29	13	42

Zwierzęta kąsające były: w 41 przypadkach psy, a w 1 przypadku koń.

Kraków, dnia 1 lutego 1899. *O. Bujwid.*

[1] B oznacza zwierzę, u którego sekcya stwierdziła wściekliznę.
[2] C » » podejrzane o wściekliznę.

— Z końcem grudnia z. r. panowała w Galicyi ospa w miastach Lwowie i Krakowie, oraz 54 gminach, należących do 22 powiatów; dur osutkowy panował równocześnie w 21 gminach 11 powiatów.

— W walce z kasami chorych majstrów ponieśli leka rze wiedeńscy świeżo porażkę. Jedna z tych kas dozwoliła swym członkom udawać się po poradę tylko do pewnej liczby upatrzonych przez siebie lekarzy. Przeciw temu wniosła Izba lekarska wiedeńska przedstawienie do namiestnictwa, żądając nieograniczonego „wolnego wyboru“ lekarzy, skoro z kasami majstrów, jako ze sprawą niestety już istniejącą, liczyć się trzeba. Namiestnictwo jednakże uznało postępowanie owej kasy za poprawne. Nie bez słuszności zauważa z goryczą *„Allg. Wiener. med. Ztg.“*, że lepiej byłoby zupełnie znieść Izby lekarskie, skoro rząd odejmuje im resztki już i tak niesłychanie małych praw i udaremnia przez to wszelką obronę stanu lekarskiego.

Przymus lekarski, ciążący na lekarzach austryackich, opiera się na dekrecie kancelaryi nadwornej z roku jeszcze 1782, opiewającym, że lekarze mają obowiązek leczyć każdego chorego, a ubogim udzielać pomocy bezpłatnie. Przepis ten zaostrzono drugim dekretem z r. 1832, orzekającym, że przeciwko lekarzom, wzbraniającym się udzielić pomocy lekarskiej, wdrożone ma być śledztwo. Przestarzałe

te przepisy nie tylko dotąd obowiązują, lecz co więcej, w nowym projekcie prawa karnego pomieszczono osławiony § 467, stanowiący, że lekarze (akuszerki), odmawiający pomocy w nagłych przypadkach bez wystarczających powodów, lub pomoc tę odwlekający, podlegają karze do wysokości 100 złr. Wszystkie te postanowienia noszą cechę praw **wyjątkowych**, dotykających wyłącznie jeden jedyny stan lekarski, w ostatnich czasach znajdujący się zresztą w coraz gorszych warunkach. Stanowi to jaskrawe przeciwieństwo z nieodległą jeszcze przeszłością i z położeniem stanu lekarskiego w innych państwach, gdzie do dziś jest on jeszcze stanem uprzywilejowanym. Prośbę o zniesienie przymusu lekarskiego zawiera już memoryał Izb lekarskich, wniesiony zbiorowo do rządu. Obecnie postanowiła Izba lekarska wiedeńska w razie, gdyby memoryał ten w ciągu 3 miesięcy nie znalazł odpowiedzi, wnieść do rządu ponowną prośbę o zniesienie przymusu lekarskiego. Inne Izby pójdą niewątpliwie za tym przykładem.

VII. Korespondencye.

Paryż, w styczniu 1899 r.

(Ciąg dalszy).

Picqué w imieniu **Gaudiera** (z Lille) przedstawiając przypadek ropnia w móżdżku, pochodzenia usznego, wyleczonego operacyjnie, przypomina, że ropnie w móżdżku i okolicy nie należą bynajmniej do rzadkości, tak iż Paweł Koch zdołał zebrać 122 przypadki. Jedne z nich sadowią się między kością a oponą twardą, inne głębiej; możnaby je podzielić na ropnie okołomóżdżkowe i wewnątrzmóżdżkowe, częściej spotykane. Czasem dwa rodzaje mogą się połączyć i utworzyć ropień *en bissac*, jak w przypadku przedstawianym. Ropnie między kością a oponą nie dają objawów tak zwanych miejscowych; są to przeważnie oznaki podrażnienia lub ucisku mózgu Ropnie zaś wewnątrzmóżdżkowe objawiają się przez wymioty, zawroty głowy, zwolnienie tętna, drgawki w okresie końcowym (u dorosłego). Ze stanowiska chirurga można ropnie móżdżkowe podzielić na 3 gromady 1) r. przednio-wewnętrzne w sąsiedztwie wierzchołka piramidy kości skalistej (dość częste); 2) r. przednio-zewnętrzne, na poziomie zagięcia zatoki bocznej (zwykle spotykane, najczęstsze), i 3) r. tylno-wewnętrzne, rozwijające się koło zatoki pionowej Herofila (rzadsze). Sposób Wheelera *(procédé sus-attico-antral* lub *mastoïdien partiel)*, doskonale nadający się do leczenia ropni mózgowych, jest, zdaniem Picquégo, nieodpowiednim dla ropni móżdżkowych; daje on bowiem dostęp tylko do ropni przednio-wewnętrznych. Sposób Mignona *(procédé transmastoïdien total)* jest już lepszy, gdyż pozwala dostać się nietylko do ropni móżdżkowych przednio-wewnętrznych, ale i do najczęściej spotykanych przednio-zewnętrznych. Jednak i przy tym sposobie ropnie tylno-wewnętrzne są niedostępne. Picqué zaleca swój sposób *(craniectomie occipitale temporaire)*, podany na ostatnim Zjeździe Chirurgicznym, który jedynie toruje drogę do wszystkich odmian ropni móżdżkowych. **Poivier** przypomina, iż, chcąc dostać się do móżdżku, należy trepanować w każdym razie na tylnym brzegu wyrostka sutkowego. **Broca** staje w obronie metody Wheelera. **Lejars** i **Kirmisson**, z powodu paru nowych przypadków, kładą nacisk na jak najprędsze utworzenie rzyci drogą operacyjną w przypadkach wrodzonego braku otworu stolcowego. Zakończenia jelita należy zwykle szukać w międzykroczu. Okazuje się z przykładów, iż noworodki doskonale znoszą ten zabieg. **Faure** przedstawił chorego, u którego wyciął prawie cały żołądek. **Reynier** dowodzi, że gruźlica jąder nie jest bynajmniej chorobą tak łagodną, jak twierdzą autorowie klasyczni i radzi w tych przypadkach uciekać się zawsze do zabiegu chirurgicznego. Najlepiej dokonać wytrzebienia, zwłaszcza u osobników młodych ze zmianami w jednem tylko jądrze. Jeżeli chory nie chce poddać się wytrzebieniu, to zdaniem autora najlepiej jeszcze usunąć ognisko gruźlicze zapomocą żegadła. Leczenie tężca sposobem **Roux** i **Borrela** (wstrzykiwania wewnątrz mózgowe antitetaniny) spowodowało przedstawienie szeregu nowych przypadków. Niestety dziewięć z nich skończyło się śmiercią (od 10 do 36 godzin po wstrzyknięciu); wyzdrowiał tylko jeden chory i to w przypadku tężca chronicznego, w drugim zaś przypadku wyleczonym używano chloralu obok podskórnych wstrzykiwań antitetaniny. Wyniki nie są więc bynajmniej zachęcające, czego się nie spodziewano po doskonałych z początku wynikach tego sposobu, na wiosnę i w lecie roku zeszłego.

W **Towarzystwie Lekarzy Szpitalnych** przedstawił **Rendu** następujący przypadek: mężczyzna 32-letni, który przebył w 15 r. życia ostry gościec stawowy, zgłasza się do szpitala z powodu przypadłości sercowych, trwających od 2 tygodni, przedtem nigdy nie dostrzeganych. W chwili przyjęcia stan bardzo groźny; niezmiernie silna duszność udaremniała prawie dokładne osłuchanie serca: po 3 dniach chory zmarł. Sekcya wykazała: całkowite zarośnięcie worka osierdziowego, przerost komory lewej, zanik komory prawej, zwężenie zastawki dwudzielnej, niedomykalność zastawek t. głównej, oraz zwężenie zastawki trójdzielnej, co, jak wiadomo, należy do rzadkości. **Netter** podał spostrzeżenie, tyczące się dziecka rocznego, u którego początkowo rozpoznano krzywicę, a później wykazano objawy tak zw gnilca dziecinnego czyli choroby Barlowa, (niedokrewność, osłabienie kończyn dolnych, krwawienia podokostnowe, zapalenie jamy ustnej). Pięciodniowe leczenie dyetetyczne (sok mięsny, sok z pomarańczy, ziemniaki tłuczone i mleko przegotowane) usunęło prawie wszystkie objawy. Ponieważ poprzednio żywiono dziecko głównie mlekiem wyjałowionem, przeto nasuwa się pytanie, czy przyczyną choroby nie było używanie takiego mleka. Trudno jednak na to odpowiedzieć, ze względu na częstość użycia mleka wyjałowionego dla dzieci, a rzadkość choroby Barlowa. **Le Gendre** przypuszcza, iż choroba ta jest raczej przyrody zakaźnej, a pożywienie odgrywa całkiem podrzędną rolę. **Comby** przedstawił podobny przypadek, uważany początkowo za ostry gościec stawowy. Przyczynę choroby upatruje on w wyłącznem karmieniu dziecka mlekiem maternizowanem. W parę tygodni później **Ausset** wystąpił z krytyką poglądów Nettera i Combyego. Twierdzi on, że choroba Barlowa jest właściwie krzywicą krwotoczną *(rachitisme hémorrhagique)* opierając się na opisach Barlowa i innych autorów. Wobec tego nie można winić mleka wyjałowionego, które zdaniem Ausseta jest przeciwnie najlepszym środkiem przeciw chorobie Barlowa. **Le Gendre** zgadzając się z Aussetem oświadcza, że nie podobna w danych przypadkach odróżnić choroby Barlowa od krzywicy krwotocznej. **Netter** dowodzi, że Barlow pomieszał w swoich opisach kilka różnych chorób, a mianowicie: gnilec dziecinny, krzywicę, oraz krwotoczne zapalenie okostnej. Tymczasem w rzeczywistości gnilec dziecinny stanowi chorobę odrębną, znamienną przedewszystkiem przez swój szybki rozwój i przez łatwe i szybkie ustępowanie przy stósownem leczeniu. Na następnem posiedzeniu przedstawił **Netter** jeszcze 3 nowe przypadki gnilca dziecinnego, u dzieci, karmionych mlekiem wyjałowionem i maternizowanem. **Ferrand** podał spostrzeżenie krwotocznego zapalenia trzustki, dostrzeżonego w 10 miesiącu po urazie w okolicę nadpępkową. Od czasu urazu cierpiał chory na różne zaburzenia w narządzie trawienia: kolkę, wymioty, biegunkę lub zatwardzenie, w końcu silne bóle w okolicy nadpępkowej. Śmierć nastąpiła nagle. Przy sekcyi znaleziono w otrzewnej krwawy płyn, krezki nacieklę krwią, wreszcie powiększenie trzustki, wywołane przez naciek krwawy. Był to więc przypadek „udaru“ trzustki. Przytem w trzustce i w wątrobie znaleziono marskość. Ferrand szuka przyczyny choroby w pierwotnym urazie. **Rendu** jednak sądząc, że uraz był zbyt dawnym, odnosi przyczynę choroby raczej do zakrzepu jednej z żył trzustkowych, wywołanego przez marskość trzu-

stki. Danlos przytoczył 3 przypadki zaburzeń, wywołanych przez zażycie jodku potasowego. W pierwszym, po zażyciu 0,50 centigr. jodku jednego dnia i 1 gr. na drugi dzień, a w drugim po wstrzyknięciu tylko 0,20 centigr. nastąpiło silne obrzmienie gruczołów podżuchwowych; w trzecim przypadku, liszajowate zapalenie skóry, wywołane przez jodek potasowy, trwało 6 tygodni, choć natychmiast po jego wystąpieniu usunięto lekarstwo. Chantemesse i Millet opisali przypadek nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, w którym wykryli drobnoustroje, różniące się zarówno od pneumokoków, jak i od meningokoków wewnątrzkomórkowych Weichselbauma. Są to dwoinki (diplokoki) lancetowate, posiadające otoczkę i leżące zawsze poza komórkami, a barwiące się sposobem Grama i rosnące na pożywkach w sposób znamienny. — Jacquet i Sambon przedstawili chorego, który w 18 miesiącu życia uległ silnemu oparzeniu lewego ramienia. Obecnie chory przedstawia cały szereg zaburzeń neuro troficznych, zwolna powstałych, jako to: zanik mięśni na twarzy, szyi i barku z lewej strony, oraz przykurczenie powięzi dłoniowej prawej. Przypadek ten potwierdza doświadczenia różnych autorów, dowodzące, iż zmiany, powstające w rdzeniu po urazach nerwów obwodowych, są tem wybitniejsze, w im młodszym wieku uraz zadziałał. (Dok. n.)

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 16 lutego 1899 r.

We środę dnia 15 b. m. odbyło się posiedzenie Tow. lek. krak., na którem kol. Doc. Baurowicz przedstawił szereg chorych z kliniki laryngologicznej, a kol. Spira wyłożył rzecz: „O nerwobólu usznym“.

— Walne Zgromadzenie Delegatów Towarz. lekarzy galicyjskich odbędzie się we Lwowie dnia 24 lutego 1899 w piątek, o godzinie 6-tej wieczorem, w domu Towarzystwa ul. Dominikańska L. 11, na dole.

* Odbieramy następujące pismo:

»Odpowiedź na zarzut, jakoby ś. p. prof. Rydel zeszedł ze świata bez śladów naukowej działalności.

W sprawozdaniu z otwarcia nowej kliniki okulistycznej w Krakowie, umieszczonem w »Wiadomościach bieżących« 49 numeru *Przeglądu lekarskiego* z r. 1898 czytamy między innemi następujący ustęp: »Budynek dotychczasowej kliniki, w którym nieodżałowany ś. p. Lucyan Rydel nauczał i pracował, nie posiadał żadnych warunków do rozwinięcia pracy naukowej; temu tylko zaiste należy przypisać, że taki człowiek, jak ś. p. Lucyan Rydel, obdarzony głęboką wiedzą, wielką zdolnością i szczerym zapałem, zeszedł ze świata bez śladów naukowej działalności«.

W mniemaniu, że to zdanie wkradło się tylko przez pomyłkę do sprawozdania, czekałem przez kilka tygodni cierpliwie, chociaż niestety daremnie, rychło też nastąpi sprostowanie. Wobec tego, że nie nastąpiło dotychczas, uważam za swój obowiązek, a sądzę, że mam też prawo do tego, jako były uczeń ś. p. prof. Rydla, zabrać głos w tej sprawie i wykazać, jak wysoce się to zdanie mija z rzeczywistością.

Nie będę mówił o jego zaletach, jako człowieka, o nieskazitelności i prawości charakteru, pieczołowitości i poświęceniu dla chorych, żelaznej wytrwałości w pełnieniu swoich obowiązków, boć wszyscy go pamiętamy i wielbimy takim, jakimeśmy Go znali, a kraj cały nauczył się cenić i błogosławić olbrzymie Jego pod tym względem zasługi, ale powiem słów kilka o ściśle naukowej Jego działalności.

Kto chociaż pobieżnie zna historyę rozwoju okulistyki polskiej [1]) w Uniwersytecie Jagiellońskiem, nie może tego nie wiedzieć, że ś. p. Rydel był pierwszym profesorem okulistyki w Krakowie, który stanął na wysokości współczesnej nauki. Objąwszy w październiku 1870 r. katedrę po prof. Sławikowskim, właściwie bez kliniki, gdyż tych 10 łóżek, mieszczących się w 3 szczupłych pokoikach, nie zasługiwały chyba na tę nazwę, zwrócił pierwsze swoje usiłowania w tym kierunku. Jego też niezmordowanej, a uczciwej i sumiennej pracy i Jego zapobiegliwości zawdzięcza Uniwersytet Jagielloński stworzenie pierwszej swej kliniki okulistycznej. A chociaż nie mogła być ona, z powodu nader szczupłych dotacyi, doskonałością pod względem urządzeń i obszaru, była jednak niewątpliwie na owe czasy wielkim krokiem naprzód. Bez przesady też można za Sroczyńskim powiedzieć, że „wszelkie niedostatki w zewnętrznych stosunkach zakładu równoważyło w dwójnasób pewne, charakterystyczne zacięcie i werwa pedagogiczna profesora“, a nadto gorący zapał do pracy i nauki, nie opuszczający go do ostatnich chwil życia, zapał, który umiał także wszczepić i przelać w swoich asystentów i uczniów. To też zakład pod takim wodzem, stał się wkrótce nietylko źródłem, z którego setki lekarzy praktycznych czerpało obficie wiedzę — i to z takim skutkiem, że ogólny poziom wiedzy okulistycznej u ogółu lekarzy w naszym kraju odbija nader korzystnie od innych krajów Austryi, lecz także stał się ogniskiem ścisłej nauki, z którego wychodziły poważne, cenne a przedewszystkiem sumienne prace naukowe. Sam ś. p. prof. Rydel ogłosił drukiem 30 poważnych prac, których spis podaje Doc. Sroczyński w nekrologu drukowanym w 18-tym numerze »Przeglądu lekarskiego« z r. 1895. A są między niemi prace wprost pierwszorzędnej wartości naukowej, jako to: prace o operacyi zaćmy, o zaćmie warstwowej, o samoistnem wyjaśnianiu się zaćmy urazowej, albo też dotychczas obowiązujące wytłómaczenie »niektórych zjawisk jaskry ze stosunków anatomicznych i zasad fizyologicznych“. Wszystko prace, o których nietylko wspominają, ale na które się powołują najpoważniejsi autorowie.

Nie podobna też w tem miejscu nie podnieść olbrzymich zasług prof. Rydla około polskiego słownictwa okulistycznego, — nad czem niema potrzeby dłużej się rozwodzić, bo wszyscy je znają.

Zdaje się, że to wcale pokaźny »ślad« naukowej działalności.

Ale nie koniec na tem; ś. p. prof. Rydel, jeden z najpoważniejszych i najdzielniejszych dydaktów, stworzył u nas i pozostawił po sobie szkołę, której naturalnie przed nim wcale nie było, pozostawił cały zastęp swoich byłych asystentów, którzy słusznie »z chlubą noszą nazwisko uczniów ś. p. prof. Rydla« [2]). Najstarszy dr. Józef Kilarski dobrze się zasłużył, jako długoletni prymaryusz oddziału ocznego kraj. szpitala powszechnego we Lwowie, z innych: prof. dr. Machek, Doc. dr. Sroczyński, dr. Wurst (obecnie lekarz pow. w Kałuszu) dr. Marcisiewicz, dr. Langie, zajmują wybitne i najwybitniejsze stanowiska w naszym świecie okulistycznym i naukowym, a każdy z nich ogłosił w czasie pobytu na klinice Rydla szereg poważnych prac okulistycznych.

Doprawdy, jeśli się to wszystko zważy, niepodobna zrozumieć, przez jaką nieszczęsną pomyłkę mógł się wkraść taki zarzut, uwłaczający pamięci jednego z najzasłużeńszych — i to właśnie w sprawozdaniu z otwarcia tej kliniki, której obmyślenie i powstanie było ostatnią i wielką zasługą ś. p. prof. Rydla?

Niechajże mi wolno będzie, oddając cześć pamięci rzeczywiście nieodżałowanego profesora, wyrazić na tem miejscu życzenie, aby w interesie polskiej nauki wielu znalazło się takich, którzyby dorównali Mu pod względem stanowiska naukowego, jakie zajmował swojego czasu, pod względem dydaktycznym i aby wydali tylu zasłużonych uczniów, co ś. p. prof. Rydel.

We Lwowie w styczniu 1898 r.

Dr. Adam Szulisławski.“

Wysokie przymioty umysłu i serca ś. p. prof. Rydla, jego zasługi nauczycielskie i naukowe, o których wspomina w wyżej przytoczonym liście Dr. Szulisławski, nie tylko nie ulegają zaprzeczeniu, lecz pomimo, że bieg czasu oddala od nas tę wzniosłą postać, są one żywo odczuwane i powszechnie uznawane. Ktokolwiek zetknął się na jakiemkolwiek polu z nieodżałowanym profesorem, przyznać musi charakterystyce jego, podanej przez Dr. Sz., niezaprzeczoną słuszność.

Nie innego też zdania był i jest prof. Wicherkiewicz, o którego przemówienie podczas uroczystego otwarcia kliniki okulistycznej w Krakowie chodzi Dr. Szulisławskiemu. Mając na oku nie ocenę samoistnej twórczości naukowej swych poprzedników, lecz udział ich w rozwoju zakładu kliniki okulistycznej i zaznaczywszy, że i w czasach śp. prof. Rydla nie było w klinice okulistycznej warunków do pracy naukowej, powiedział prof. Wicherkiewicz, o ile zapamiętał sprawozdawca, że nawet „taki człowiek, jak śp. prof. Lucyan Rydel, obdarzony głęboką wiedzą, wielką zdolnością i szczerym zapałem, zeszedł bez wybitniejszych śladów naukowej działalności“. Wyraz wybitniejszych,

[1]) Księga jubileuszowa Szokalskiego. Warszawa 1884.

[2]) Sroczyński. Przegl. lek. Nr. 18, r. 1895.

wypowiedziany przez prof. Wicherkiewicza, opuszczony został w druku. Brak tego wyrazu był może przyczyną, że treść notatki zrozumiał Dr. Szulisławski na swój sposób i uważał za stosowne wystąpić publicznie z przytoczonem wyżej pismem. A jednak nawet bez tego wyrazu całość notatki tłomaczyła się chyba dość jasno, skoro żaden z czytelników »Przeglądu« nie dopatrzył w niej dotychczas żadnego uchybienia pamięci nieodżałowanego prof. Rydla i nie wystąpił ze sprostowaniem; ubolewać należy, że Dr. Szulisławski zrozumiał notatkę właśnie inaczej i nie uwzględniając całości, oparł swoje sprostowanie na jednem, luźnie z niej wyjętem zdaniu.

W dalszym ciągu swej mowy, ogłoszonej w osobnej broszurce, powiada prof. Wicherkiewicz: »Nowa klinika, której budowa w ostatnich latach była postanowioną, planowaną, stała się przedmiotem marzeń, którym się mój Szanowny poprzednik z lubością oddawał w nadziei, że jednak przecież kiedyś przyjdzie mu działać w dogodniejszym i stosowniejszym zakładzie. I plany sam kreślił i z przyjaciołmi o tem mówił często, ale urzeczywistnienie budowy odkładano i nie było danem prof. Rydlowi doczekać się celu swych dążeń i zabiegów; legł on w uczciwej pracy, jako dzielny lekarz, znakomity i poważany nauczyciel, kochany kolega«. Słowa te świadczą ile ma prof. Wicherkiewicz czci i uznania dla działalności ś. p. prof. Rydla i jak zbędną jest z tej strony wszelka obrona pamięci i zasług nieodżałowanego profesora.

Dr. Szulisławski mówi w swym liście o charakterze ś. p. prof. Rydla i o doniosłości jego pedagogicznego działania; ta część listu Dra Sz. nie należy zupełnie do rzeczy, jako dotykająca sprawy, nie poruszonej w zaczepionem sprawozdaniu kronikarskiem. Gdyby kto czytał list Dra Sz., a nie znał wspomnianego sprawozdania, mógłby nabrać podejrzenia, że w niem analizowano i te strony życia ś. p. prof. Rydla. Sądy o tym nieskazitelnym człowieku i gorliwym nauczycielu wydali we właściwym czasie biografowie[1]) zmarłego przed 3 laty profesora; stoi On dziś ponad wyrokami ludzkimi. Tę więc część listu Dra Szulisławskiego pozostawiamy bez odpowiedzi, jako dla nas w całości bezprzedmiotową, wypływającą z niezrozumiałych zgoła motywów i wykraczającą z granic niezbędnej w polemice ścisłości.

Tym sposobem uważamy sprawę, poruszoną przez Dra Szulisławskiego, za wyczerpująco wyjaśnioną a tem samem ostatecznie zamkniętą.

— Zapatrywania obecne na surowicę przeciwbłoniczą opierają się wprawdzie na spostrzeżeniach bardzo licznych, posiadających jednak tę wadę, że pochodzą z różnych źródeł i stąd też bardzo nierówną posiadając wartość, z trudnością nadają się do wysnucia szczegółowych wniosków. Tem chętniej dzielimy się z czytelnikami wiadomością, że prof. Jakubowski w najbliższym czasie umieści w „Przeglądzie lekarskim" pogląd na leczenie surowicą przeciwbłoniczą, oparty na materyale jednolitym, pochodzącym wyłącznie ze szpitala św. Ludwika w Krakowie, a bardzo poważnym, gdyż dosięgającym właśnie tysiąca spostrzeżeń. Tysiączny przypadek dotyczył 15-miesięcznej dziewczynki, Wiktoryi Domagała, którą w dniu 6-go b. m. przywieziono do szpitala po sześciu dniach choroby, z rozległymi nalotami błoniczymi na migdałkach, języczku i błonie śluzowej nosa. Uwzględniając złe warunki i niepewne rokowanie, wstrzyknięto odrazu 2000 jednostek uodporniających surowicy (z zakładu higienicznego prof. Bujwida w Krakowie), a następnie w ciągu tygodnia jeszcze trzykrotnie po tysiąc jednostek. Ten w swoim rodzaju „jubileuszowy" przypadek przebiegał dzięki energicznemu leczeniu pomyślnie i rekonwalescentka opuszcza szpital po 10 dniach pobytu, obdarzona przez Dyrektora szpitala odzieżą i „pamiątkowym" dukatem.

Λ Ministerstwo Wyznań i Oświecenia reskryptem z dnia 22 go Grudnia 1898 L. 29071 zatwierdziło plany i kosztorysy na budowę nowej kliniki chorób wewnętrznych w Uniw. Jag. i przeznaczyło na ten cel kwotę 202.500 złr., z której 164.500 złr. przypada na budowę pawilonu klinicznego i pawilonu dla chorób zakaźnych, zaś 38.000 złr na urządzenie wewnętrzne obydwu budynków. Na ogrodzenie, założenie ogrodu i uporządkowanie placu budowlanego przeznaczoną będzie później odpowiednia suma. Koszta budowy zostały więc zmniejszone przez Ministerstwo o 26.000 złr w porównaniu z pierwotnym kosztorysem wypracowanym przez c. k. Radcę Budownictwa JW. Pana Saarego na podstawie projektu obecnego kierownika kliniki lek. Radcy Dworu Prof. Dr. Korczyńskiego, popartego przez Wydział lekarski. Budowa rozpocznie się natychmiast, skoro tylko grunt pod budowę oddany zostanie Rządowi przez Wydział krajowy. Nowa klinika chorób wewn. stanie bowiem na gruncie szpitalnym w sąsiedztwie pawilonu szpitalnego dla chorób wewnętrznych na obszernym gruncie, który Wysoki Sejm krajowy Rządowi pod budowę kliniki bezpłatnie ustąpił. Jeżeli nie zajdzie jakaś nieprzewidziana przeszkoda, to nowa klinika wykończoną zostanie na jesień 1900 roku. W ten sposób tyloletnie starania Władz Uniwersyteckich i obecnego kierownika kliniki chorób wewn. zbliżają się do urzeczywistnienia, a tylokrotnie przy budowie gmachów uniwersyteckich stwierdzona energia, talent i poświęcenie c. k. Radcy budownictwa JW. Pana Saarego będą najlepszą rękojmią, że i ten nowy gmach odpowiadać będzie wszelkim wymogom spółczesnego budownictwa zakładów klinicznych.

[1]) a między nimi prof. Wicherkiewicz w »Nowinach lekarskich«.

— »Gazeta lekarska« donosi, że między kandydatami na wakującą katedrę dermatologii w Uniw. warsz. figurują koll. Elsenberg i Watraszewski.

— Towarzystwo lek. lubelskie, istniejące 24 lat, liczyło w roku 1897/8 członków czynnych 35, towarzystwo łódzkie — 54 (i 4 korespondentów), — towarzystwo kaliskie — 21 (5). —

— Asystentom uniwersytetów austryackich podwyższono wynagrodzenie roczne na 700 złr.

— Konkurs Unny na temat: „Zbadać, czy i o ile wszystkie swoiste sposoby barwienia elastiny barwią także elacinę" nie wydał w roku zeszłym pożądanego wyniku; dlatego w r. b. rozpisuje go Unna ponownie, podnosząc nagrodę do 900 M. Prace z zachowaniem zwykłych form konkursowych przesyłać należy do dnia 1-go grudnia 1899 pod adresem księgarni nakładowej L. Vossa w Hamburgu, Hohe Bleichen 34. Sąd konkursowy składają: Prof. Hoyer (Warszawa), Krause (Berlin) i Stöhr (Würzburg). — Udział w konkursie nieograniczony. — Objaśnienia, dotyczące zadania konkursowego, zawierają czasopisma dermatologiczne.

Mianowania. Profesorowie nadzwyczajni: Dr. O. Bujwid (Kraków), Dr. Kabrhel (Praga) i Dr. Prausnitz (Graz) mianowani zwyczajnymi profesorami higieny; — Doc. Dr. Enderlen profesorem nadzw. chirurgii w Marburgu; Doc. Dr. Combe profesorem nadzw. pedyatryi w Lozannie. Dr. T. Carbone prof. nadzw. anatomii patol. w Modenie.

— Znany prof. Snellen zamierza ustąpić z katedry okulistyki w Utrechcie.

Zmarli: Radca dworu Dr. Maschka, emerytowany profesor medycyny sądowej w Pradze, autor wielu znakomitych prac na tem polu; znany jest zwłaszcza jego podręcznik i zbiór orzeczeń, obfitujący w ciekawe spostrzeżenia. Prof. K. Schoenlein ze stacyi zoologicznej w Neapolu, niegdyś docent fizyologii w Halle i Würzburgu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie lekarskiej* Nr. 6: Dzierzgowski S.: Przyczynek do nauki o dezynfekcyi mieszkań. Dr. Kossakowski Wł.: Rumień lombardzki. (c. d.). W *Medycynie* Nr 6: Neugebauer: Jedyne w swoim rodzaju spostrzeżenie z dziedziny wrodzonych anomalij zewnętrznych narządów płciowych u kobiety. Marcinkowski: Przyczynek do nauki o przepuklinach ściany brzucha. M. Kraushar: Kilka słów o krzywicy w Warszawie. W *Kronice Lekarskiej* Zeszyt 3: Seidemann: Operacyjne leczenie silnego krótkowidztwa. Dr. O. Hewelke: Stan współczesny teoryi zaraźliwości suchot płucnych (dok.). W *Czasopiśmie lekarskiem* (Łódź) Zeszyt 2: Dr. B. Handelsmann: Mięsak śródpiersia przedniego. Dr. K. Ciągliński: Kilka słów o »śwince«. Dr. A. Troczewski. Przyczynek do leczenia przepuklin pachwinowych według sposobu Bassiniego (dok.). Dr. A. Wojnicz: Dwa przypadki zboczenia w rozwoju macicy. W *Zdrowiu* Nr. 2: Merecki: Niedosyt powietrza w Królestwie Polskiem, w zachodnich guberniach cesarstwa i w Galicyi. Dr. Polak J.: Poszukiwania nad brukiem drewnianym.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Ołtuszewski: 1) Psychologia oraz filozofia mowy Warszawa 1899. 2) O stosunku porażeń mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategoryi zboczeń mowy. Warszawa 1898. Odbitka. 3) Szósty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy. Warszawa 1898. Odbitka.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki**

L. 5791/99.

Ogłoszenie konkursu.

Na posadę lekarza c. k. kolei państw. z siedzibą *w Tarnowie* ogłasza się niniejszem konkurs. Do okręgu lekarskiego w Tarnowie przydzieloną jest przestrzeń od kilometra 59·3 do kilometra 93·4 na linii Kraków-Podwołoczyska i od kilometra 0·0 do kilometra 0·47 na linii Tarnów-Orło, wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami: Biadoliny, Bogumiłowice, Tarnów i Wola Rzędzińska. Do obowiązków lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jako też wykonania innych czynności lekarskich, dotyczącymi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 800 złr. i 120 złr. ryczałtu na dorożki rocznie. O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym.

Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. zaopatrzone, wnosić należy najdalej do końca lutego 1899 r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (oddział I), gdzie też i bliższych informacyj zasięgnąć można.

Posada powyższa obsadzoną będzie od 1 maja 1899 r.

Kraków, dnia 7 lutego 1899.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych.

L. 4545/90.

Ogłoszenie konkursu.

Na posadę lekarza c. k. kolei państwowych z siedzibą *w Węgierskiej Górce* lub też ewentualnie *w Milówce* ogłasza się niniejszem konkurs. Do okręgu lekarskiego w Węgierskiej Górce przydzielona jest przestrzeń od kilometra 0·0 do kilometra 28·0 na linii Zwardoń-Nowy Sącz, wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami: Zwardoń, Sól, Raycza, Milówka i Węgierska Górka. Do obowiązków lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków Kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jakoteż wykonywanie innych czynności lekarskich, dotyczącymi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 600 złr. rocznie.

O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. zaopatrzone, wnosić należy najdalej do końca lutego 1899 r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (Oddział I), gdzie też i bliższych informacyj zasięgać można.

Posada powyższa obsadzoną będzie od dnia 1-go kwietnia 1899 roku.

Kraków, dnia 6-go lutego 1899.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych.



Najobfitsza w bezwodnik węglowy naturalna lecznicza i stołowa **szczawa**

JOHANNISBRUNN na Śląsku

(MELTSCHERWASSER).

Znana od roku 1804

badana przez radcę dworu

Dra Ernesta Ludwiga

w r. 1865 i po raz wtóry w r. 1898.

Zawiera wolnego bezwodniku węglowego 27·909 i 30·474 części.

Nabywać można u

K. Wiszniewskiego i K. Wenzla w Krakowie

lub też wprost z Zarządu zdrojowego dóbr hr. Razumowskyego w Johannisbrunn. 72

Stacya pocztowa i telefoniczna obok Opawy.

Wyłączność wyrobu została zastrzeżona.

POLECONE

przez Towarzystwo lekarskie w Krakowie

MLEKO WIELOKROTNE

krakowskie

oraz

MLEKO DLA NIEMOWLĄT

Prof. Dra Gaertnera

wyłącznie wyrabia

E. DOBRZYNSKA.

Składy w Krakowie.

1) Mleczarnia E. Dobrzyńskiej, Sławkowska 12.
2) Taż mleczarnia, Plac WW. Świętych 10.

We Lwowie.

1) Przechodni dom Andriolego.
2) Pańska 19.
3) Grodecka 93. 74

Wyłączność wyrobu została zastrzeżona.

Wyłączność wyrobu została zastrzeżona.

Wyłączność wyrobu została zastrzeżona.

REIM i SPÓŁKA

polecają

po cenach najumiarkowańszych

Aparaty Soxletha do sterylizowania mleka. Flaszki i przyrządy do karmienia dzieci. Baseny porcelanowe dla chorych. Flaszki na urynę szklane i kauczukowe. Poduszki i Chłodniki gumowe dla chorych. Prześcieradła gumowe dla położnic i dla dzieci. Hegary, Irygatory, i Klyzopompy.

Kanki, Kurki, Treski i Węże gumowe do tychże

Miednice operacyjne
Słuchawki lekarskie
Okówki gumowe na laski
Wstrzykawki — Rozpylacze
Aparaty inhalacyjne

Termometry lekarskie, pokojowe i kąpielowe.

Najlepsze hygieniczne paryskie towary gumowe do celów sanitarnych.

Chodniki ceratowe, kokosowe i z Linoleum.

Rogóżki kokosowe, szczotkowe i żelazne.

Prawdziwe Kalosze rosyjskie

Największy i najnowszy wybór dekoracyj i ozdób na drzewko. 73

Rynek l. 37, Kraków, Linia A—B.

Kufek'a mączka dla dzieci

ZAPOBIEGA i USUWA — POLECONA PRZEZ POWAGI LEKARSKIE — Najlepszy dodatek do mleka!

wymioty, nieżyt jelit, rozwolnienia, zaparcie itd.

oceny lekarzy i próbki darmo i opłatnie

przez (77).

WIEDEŃ VI/12. Stumperg 44/46. — fabrykę środków dyetetycznych R. KUFEKE. — WIEDEN VI/12. Stumperg 44/46.

Wygodne środki do urządzenia

kąpieli mineralnych borowinowych i żelazistych w domu i w każdej porze roku.

12—23—1



Mattoniego sól borow.
(wyciąg suchy)
w skrzynkach po 1 kilogr.
Mattoniego ług borow.
(wyciąg płynny)
w flaszkach po 2 kilogr.
Od wielu lat wypróbowane w:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, bladaczce, niedokrewności, zołzach, krzywicy, upławach białych, skłonności do poronień, porażeniach częściowych, parezach, dnie, gośćcu, guzach krwawn. i w celu ułatwienia wessania wypocin.

HENRYK MATTONI

Wiedeń, Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl.

Dr. Gustaw Heyman Kleczewski

ordynuje stale w Nicei

51 rue Pastorelli 51.